


CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA MABEL ESCOBAR ALTEMBURGER (Titular) CI 4429932 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO JAVIER JIMENEZ MORINIGO (Titular) LE 5057514 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMANDA LIZETT SMORLESI ESPINOZA (Titular) LC 5093136 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILENA DOLORES FIGUEREDO MONTIEL (Titular) LC 5157126 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
5		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO AGUSTIN SANCHEZ SANCHEZ (Titular) LE 5230057 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
6		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO ANDRES RIOS SANCHEZ (Titular) LE 5240298 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
7		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO ADAN MARTINEZ ACOSTA (Titular) LC 5406052 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
8		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO GABRIEL SERVIN BENITEZ (Titular) LE 5455212 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
9		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KATHIA ELENA DE JESUS AQUINO (Titular) LC 6270867 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
10		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ALBERTO ANDRADE (Titular) DU 11820411 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
11		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICENTE BARRIOS (Titular) DU 12167048 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
12		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORA ISABEL ANDRES (Titular) DU 13248204 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
13		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO GABRIEL VALDEZ (Titular) DU 13636821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
14		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO VICTOR MOREAU (Titular) DU 14360844 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
15		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ISMAEL Andino (Titular) DU 14662278 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
16		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ARTURO ACOSTA (Titular) DU 14662815 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
17		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA CRISTINA BASSO (Titular) DU 14851540 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
18		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADOLFO RUBEN SANCHEZ (Titular) DU 16367842 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
19		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS EVA SUNILDA MIÑO (Titular) DU 16403332 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
20		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA MARIA UGARTEMENDIA (Titular) DU 16566232 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
21		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORMA BEATRIZ RIOS (Titular) DU 16769591 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
22		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ALEJANDRO ARGUELLO (Titular) DU 16853300 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
23		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO RAUL GUARROCHENA (Titular) DU 16928523 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
24		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAQUEL HORTENCIA Melgarejo Rolon (Titular) DU 16928809 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
25		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA ELIZABETH SANCHEZ (Titular) DU 17165088 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
26		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MABEL LILIANA GONZALEZ (Titular) DU 17559719 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
27		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE LUCIO RAMIREZ (Titular) DU 18245357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
28		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISIDRO RODRIGUEZ (Titular) DU 18349313 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
29		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALICIA FRANCO (Titular) DU 18455339 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
30		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ONOFRE ANTONIO CHAPARRO (Titular) DU 18786848 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
31		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. URSULA HILDA LARA ALCANTARA (Titular) DU 18847046 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
32		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENRIQUETA ELIZABETH PEREIRA VILLAR (Titular) DU 19011622 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
33		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA NOEMI DUARTE (Titular) DU 19027815 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
34		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA NOEMI VANDECABEYE (Titular) DU 20085276 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
35		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HELENA IRENE VALLEJOS (Titular) DU 20374103 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
36		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA BEATRIZ VARGAS (Titular) DU 20389537 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
37		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIA ESTER VERON (Titular) DU 20940077 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
38		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTELA MABEL PAVON (Titular) DU 21134035 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
39		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA ISABEL MONZON (Titular) DU 21364063 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
40		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIZABETH ACOSTA (Titular) DU 21555180 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
41		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA LILIAN GOMEZ RAMOS (Titular) DU 21567835 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
42		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE MIGUEL ROMERO (Titular) DU 21570432 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
43		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ANAHI ORTIZ (Titular) DU 21827123 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
44		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO PEDRINI (Titular) DU 21827198 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
45		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS RAMIREZ (Titular) DU 21860044 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
46		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELBA BEATRIZ FLORES (Titular) DU 21928203 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
47		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA ALEJANDRA SALINAS (Titular) DU 21928939 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
48		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO BRIGIDO CUNEO (Titular) DU 21996798 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
49		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSALIA DOLORES RODRIGUEZ (Titular) DU 22019701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
50		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO DANIEL FERNANDEZ (Titular) DU 22103280 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
51		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ROSA BENITEZ (Titular) DU 22321077 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
52		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ALEJANDRO CARDOZO (Titular) DU 22520132 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
53		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIANA BEATRIZ CABRERA (Titular) DU 22640141 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
54		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA NOEMI MACHUCA (Titular) DU 22641632 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
55		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLORIA EMILCE KOHLER (Titular) DU 22745462 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
56		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL HUMBERTO GOMEZ (Titular) DU 22795429 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
57		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA RAQUEL FERNANDEZ (Titular) DU 22937043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
58		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIZABETH SALINAS BELLA (Titular) DU 23002111 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
59		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO QUIRINO MEZZI (Titular) DU 23076056 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
60		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIANA LORENA RODRIGUEZ CETTOUR (Titular) DU 23076450 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
61		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO DANIEL GONZALEZ (Titular) DU 23077782 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
62		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO CESAR MANUEL SAUDEJAUD (Titular) DU 23143996 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
63		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA MARIA BATALLA (Titular) DU 23158793 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
64		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO LORENZO MONTIEL (Titular) DU 23383229 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
65		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ALBERTO GONZALEZ (Titular) DU 23396978 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
66		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN OSCAR LLANO (Titular) DU 23397400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
67		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER JAVIER SABATIA (Titular) DU 23432577 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
68		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO DANIEL GONZALEZ (Titular) DU 23741904 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
69		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ (Titular) DU 23742229 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
70		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA ESTER DEL ROSARIO VILLORDO (Titular) DU 23742501 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
71		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIETA MARIA LIZ BARBERAN JIMENEZ (Titular) DU 23742788 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
72		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO FABIAN KRETSCHMER (Titular) DU 23786646 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
73		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA VIVIANA ZACARIAS (Titular) DU 23817600 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
74		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ARIEL ZAPATA (Titular) DU 23943312 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
75		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA BEATRIZ RISUK (Titular) DU 24046439 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
76		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA ANALIA RAMIREZ GONZALEZ (Titular) DU 24046681 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
77		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ADRIAN LEZCANO (Titular) DU 24047000 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
78		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO DARIO PARRETTI (Titular) DU 24201090 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
79		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA LIBRADA BENITEZ (Titular) DU 24257082 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
80		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILCE EULALIA GOMEZ (Titular) DU 24257236 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
81		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR ALEJANDRO RIOS (Titular) DU 24257736 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
82		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO FLAVIO CANTEROS (Titular) DU 24294487 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
83		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO GABRIEL GARCIA (Titular) DU 24374887 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
84		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO OMAR Caceres (Titular) DU 24572178 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
85		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA LORENA BARTOLUSSI SOTO (Titular) DU 24632368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
86		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA VALERIA MAIDANA (Titular) DU 24635186 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
87		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO ALDO VERA REJALA (Titular) DU 24657135 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
88		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ILIANA DE LOS ANGELES ARAUJO (Titular) DU 24660782 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
89		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ITATI SOLEDAD SOSA (Titular) DU 24676554 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
90		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA VANESSA PECORELLI (Titular) DU 24798058 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
91		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTELA MARIS SILVA (Titular) DU 24798131 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
92		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR MARCELO AZCONA (Titular) DU 24798391 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
93		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN REGIS TORRES FRIAS (Titular) DU 24798442 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
94		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA KARINA BARRIOS (Titular) DU 24890569 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
95		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO DARIO LEZANA (Titular) DU 24904207 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
96		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OLGA ELIZABET ACOSTA (Titular) DU 25052583 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
97		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR CARLOS ROJAS (Titular) DU 25052925 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
98		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ROLANDO GARCIA (Titular) DU 25053287 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
99		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO MARTINEZ (Titular) DU 25077652 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
100		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSANA MARISEL ANDRADA (Titular) DU 25111287 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
101		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA ALBINA LOPEZ SENA (Titular) DU 25274205 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
102		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRIAN ESTELA NICOLET (Titular) DU 25387668 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
103		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO ISMAEL CARDOZO (Titular) DU 25388892 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
104		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DOMINGO PEREZ (Titular) DU 25404306 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
105		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIO ALEJANDRO BLANCO (Titular) DU 25432141 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
106		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRIAM GRISELDA GOMEZ GONZALEZ (Titular) DU 25461522 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
107		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA ADRIANA TORRES (Titular) DU 25461557 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
108		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER OMAR MENCIA (Titular) DU 25466759 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
109		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES NAHUEL ENCINA (Titular) DU 25617555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
110		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA MERCEDES MARTINEZ (Titular) DU 25621490 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
111		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO RAMON ALEGRE (Titular) DU 25621599 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
112		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO RODOLFO GONZALEZ (Titular) DU 25621749 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
113		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARINA DEL CARMEN SOSA (Titular) DU 25693611 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
114		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO MARCELO BUZZI RIERA (Titular) DU 25710422 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
115		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARMEN MERCEDES MONTENEGRO (Titular) DU 25738116 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
116		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ASUNCION RIOS (Titular) DU 25738257 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
117		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA LUCRECIA ALVAREZ (Titular) DU 25749896 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
118		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HELDA SILVINA LEYES (Titular) DU 25881076 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
119		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALINA ITATI RIVERO (Titular) DU 25881138 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
120		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SONIA MABEL ZALAZAR (Titular) DU 25889504 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
121		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FABIAN KLEIN (Titular) DU 25985444 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
122		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA ROXANA TORRES (Titular) DU 26037080 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
123		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DANIEL ROJAS (Titular) DU 26037891 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
124		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ARIEL SANABRIA (Titular) DU 26091423 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
125		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALBERTO NUÑEZ (Titular) DU 26093056 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
126		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ANIBAL MOREL GAMARRA (Titular) DU 26191042 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
127		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA ROMINA GONZALEZ (Titular) DU 26210219 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
128		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA AIDEE AMARILLA (Titular) DU 26211535 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
129		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA SUSANA OVIEDO BEDOYA (Titular) DU 26211627 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
130		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ANDREA RUSIN (Titular) DU 26225163 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
131		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA LILIANA IGLESIAS (Titular) DU 26235238 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
132		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA NOEMI ESPINOLA (Titular) DU 26267532 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
133		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER MAURO RACH (Titular) DU 26320889 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
134		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO PABLO BOSCH (Titular) DU 26374497 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
135		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN MANUEL GARCIA SANCHEZ DE LEON (Titular) DU 26386656 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
136		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN CESAR CERULLO (Titular) DU 26396262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
137		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL EDUARDO BARRIOS RUIZ (Titular) DU 26432128 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
138		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA MARIA DEL CARMEN ROMERO (Titular) DU 26432317 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
139		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA ELISANDRA BATTESTIN CARBONE (Titular) DU 26476401 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
140		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO ALEJANDRO GOMEZ (Titular) DU 26493587 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
141		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ANTONIO NAVARRO (Titular) DU 26560001 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
142		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL MARTIN REGUERA (Titular) DU 26560045 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
143		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE JAVIER CIPRIANO ALBISU (Titular) DU 26560612 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
144		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA ESTER IBARRA (Titular) DU 26613871 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
145		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMERICO CESAR ROMERO (Titular) DU 26663241 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
146		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL CARMEN ROMERO GAUTO (Titular) DU 26665350 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
147		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ARIEL ECHAVARRIA (Titular) DU 26680122 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
148		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DELIA SALTO (Titular) DU 26680264 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
149		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DOLORES CLAUDIA AQUINO (Titular) DU 26680493 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
150		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO HUMBERTO BAEZ (Titular) DU 26680844 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
151		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARNALDO ENRIQUE GAUNA (Titular) DU 26680935 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
152		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA PATRICIA LEZCANO (Titular) DU 26698331 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
153		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER ALEJANDRO VERON (Titular) DU 26711853 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
154		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA RUDNITZKY (Titular) DU 26716055 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
155		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANINA SOLEDAD BENITEZ (Titular) DU 26812008 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
156		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ARIEL PANIAGUA (Titular) DU 26839978 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
157		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY NOEMI FERNANDEZ (Titular) DU 26847606 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
158		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER HERNAN BOGADO (Titular) DU 26847723 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
159		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER VICTORIO TORTI (Titular) DU 26888637 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
160		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO MARTIN FERRER (Titular) DU 26895894 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
161		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALBERTO CASAFUS (Titular) DU 26913004 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
162		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUANA MAGDALENA LOPEZ (Titular) DU 26956788 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
163		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA CAROLINA ALMIRON (Titular) DU 26969055 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
164		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO FEDERICO OTAKA HIGA (Titular) DU 26969400 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
165		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON GERMAN BARRIOS (Titular) DU 26984105 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
166		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA ALEJANDRA ORTIGOZA (Titular) DU 27095083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
167		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO GONZALO BARNADA (Titular) DU 27095127 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
168		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS NICOLAS MONTAÑEZ (Titular) DU 27095693 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
169		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA VALERIA ORTEGA (Titular) DU 27097980 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
170		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA MARISOL YACCUZZI (Titular) DU 27102127 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
171		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORA LAURA NDURE (Titular) DU 27123009 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
172		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA SOLEDAD BARRIOS ALEGRE (Titular) DU 27189143 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
173		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR LUIS HEINE (Titular) DU 27189165 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
174		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS FEDERICO ZABALA (Titular) DU 27189173 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
175		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO LUIS RAMON MENDOZA (Titular) DU 27189697 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
176		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO ANDRES AGUIRRE (Titular) DU 27295615 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
177		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ALEJANDRO CACERES (Titular) DU 27295876 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
178		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JAVIER PORTELA (Titular) DU 27324883 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
179		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA CAROLINA LOPEZ (Titular) DU 27358996 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
180		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO DANIEL ROMERO (Titular) DU 27377668 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
181		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA HOLLENBACH (Titular) DU 27410413 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
182		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTELA LORENA GALLICET (Titular) DU 27447079 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
183		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO RODRIGO ALTERATS (Titular) DU 27465601 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
184		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO HUGO SEBASTIAN RODRIGUEZ DENIS (Titular) DU 27482442 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
185		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA AGUSTINA QUINTANA (Titular) DU 27482905 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
186		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON ROMERO (Titular) DU 27483051 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
187		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA MARICEL VERON (Titular) DU 27483082 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
188		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO OSCAR PREZ (Titular) DU 27518736 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
189		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO WALTER OLIVERA (Titular) DU 27576527 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
190		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA CRISTINA CACERES ESPINOZA (Titular) DU 27630352 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
191		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO ANTONIO MAIZ (Titular) DU 27638713 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
192		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA NOELIA PRAT KRICUN (Titular) DU 27661528 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
193		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA EDITH MEZA (Titular) DU 27715105 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
194		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA LORENA SALINAS (Titular) DU 27794569 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
195		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN BRAMBILLA (Titular) DU 27796275 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
196		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MOISES ALBERTO SUAREZ (Titular) DU 27796320 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
197		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA SILVINA BASTIANI (Titular) DU 27850207 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
198		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBARO DANIEL GOMEZ (Titular) DU 27866301 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
199		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZULMA HAYDEE LEDESMA CHAVEZ (Titular) DU 27868619 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
200		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANIBAL RICARDO RIOS (Titular) DU 27904145 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
201		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA MARISEL ROAS (Titular) DU 27922066 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
202		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA QUIROGA (Titular) DU 27995914 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
203		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL FERNANDO CHEJ (Titular) DU 28006514 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
204		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARGARITA ADRIANA BARRIOS (Titular) DU 28008808 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
205		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FANNY CAROLINA MIRANDA (Titular) DU 28009447 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
206		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ROSANA BARRIOS (Titular) DU 28009590 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
207		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA ANDREA ARGANARAZ (Titular) DU 28014999 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
208		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BEATRIZ VANESA VOGLER (Titular) DU 28017853 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
209		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ENRIQUE ARRIOLA (Titular) DU 28026611 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
210		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO MARTIN CANTEROS (Titular) DU 28088710 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
211		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO SEBASTIAN CABRAL (Titular) DU 28089239 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
212		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN DOMINGO SOTO (Titular) DU 28089257 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
213		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE RAUL JARA (Titular) DU 28089578 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
214		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA GABRIELA OJEDA (Titular) DU 28089826 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
215		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA KARINA ARANDA (Titular) DU 28090106 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
216		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO FEDERICO GUILLERMO VILLANUEVA (Titular) DU 28090163 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
217		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN EDUARDO MEAURIO (Titular) DU 28194812 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
218		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL CELESTE VIDAL (Titular) DU 28201034 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
219		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO GABRIEL BERTONE (Titular) DU 28201157 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
220		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS VANESA ACOSTA (Titular) DU 28201644 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
221		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ROLANDO DELGADO (Titular) DU 28201943 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
222		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELA GABRIELA RODRIGUEZ (Titular) DU 28202017 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
223		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA LIBRADA DOMINGUEZ (Titular) DU 28202086 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
224		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO GERMAN SCHNEEBERGER (Titular) DU 28202375 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
225		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIANA CAROLINA MORALES (Titular) DU 28202597 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
226		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA YOLANDA ALDERETE (Titular) DU 28202965 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
227		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA INES TABORDA (Titular) DU 28227588 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
228		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ITATI LOVERA (Titular) DU 28244272 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
229		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ANTONIO PAREDES ORTIGOZA (Titular) DU 28283072 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
230		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONICA ALEJANDRA TREPPPO CATTANEO (Titular) DU 28302505 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
231		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA CAROLINA NAVARRO (Titular) DU 28302672 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
232		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADAN CARLOS EDUARDO RAMIREZ (Titular) DU 28302704 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
233		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON ANGEL RAMIREZ (Titular) DU 28302819 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
234		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORA BEATRIZ GOMEZ (Titular) DU 28303610 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
235		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA MARIANA ALARCON (Titular) DU 28303728 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
236		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO JAVIER MANCEDO (Titular) DU 28303923 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
237		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA ANABELLA TORRENTE (Titular) DU 28308502 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
238		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DUILIO RENATO SPECIALES (Titular) DU 28319433 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
239		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID OMAR KNAUS (Titular) DU 28395696 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
240		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN ALFREDO PEREZ (Titular) DU 28534794 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
241		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIA KAREN ESPINDOLA (Titular) DU 28540897 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
242		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIANA ANTONELLA FORNASIER (Titular) DU 28551296 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
243		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ARNALDO GALIANA (Titular) DU 28590408 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
244		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA MABEL CASTILLO (Titular) DU 28591721 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
245		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA NOEMI GUTIERREZ (Titular) DU 28602981 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
246		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL NORBERTO MASTORI (Titular) DU 28660861 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
247		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO ALFREDO SISUL (Titular) DU 28661249 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
248		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISELDA LILIANA MEZA (Titular) DU 28666112 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
249		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA MERCEDES GONZALEZ (Titular) DU 28666354 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
250		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON OSCAR FERNANDEZ (Titular) DU 28666657 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
251		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO JAVIER RADUREAN (Titular) DU 28685910 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
252		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIO ANTONIO PARED (Titular) DU 28805512 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
253		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ESTELA VALENZUELA (Titular) DU 28810631 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
254		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN JOSE LUQUE (Titular) DU 28810633 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
255		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIO ANDRES FLORES (Titular) DU 28810693 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
256		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ROBERTO LEIVA (Titular) DU 28810879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
257		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO EMILIANO ACOSTA (Titular) DU 28810889 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
258		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SONIA ELIZABET VALLEJOS (Titular) DU 28811155 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
259		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA SOLEDAD MOLINA (Titular) DU 28811357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
260		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MOIRA EDITH JOACHIM (Titular) DU 28811461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
261		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA CAROLINA CORONEL (Titular) DU 28827733 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
262		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BERENICE NATALI DENIS (Titular) DU 28859372 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
263		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ARACELI MENDEZ (Titular) DU 28903013 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
264		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEOPOLDO SEBASTIAN MIDON (Titular) DU 28903052 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
265		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN OSCAR FRETTE (Titular) DU 28903346 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
266		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO GUILLERMO GONZALEZ (Titular) DU 28903356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
267		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE MARTIN FERNANDEZ (Titular) DU 28903768 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
268		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA SUSANA GOMEZ (Titular) DU 28940564 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
269		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA NARCISA ROMAN (Titular) DU 28999005 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
270		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GENARO JAVIER SIERRA (Titular) DU 29033566 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
271		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA CAROLINA ACOSTA (Titular) DU 29035471 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
272		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA ADRIANA DOMINGUEZ (Titular) DU 29035545 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
273		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA NOEMI GIMENEZ (Titular) DU 29035652 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
274		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN RAMON MALDONADO (Titular) DU 29036085 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
275		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELENA BEATRIZ GONZALEZ (Titular) DU 29043342 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
276		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA SUSANA IFRAN (Titular) DU 29089044 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
277		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ANTONIO TEDESCO (Titular) DU 29089276 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
278		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS FEDERICO PACE (Titular) DU 29089442 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
279		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA MILENA RUTH BOOTH (Titular) DU 29089489 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
280		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMALIA VERONICA CRISTALDO (Titular) DU 29089644 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
281		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARIA MENDEZ (Titular) DU 29089888 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
282		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA CAROLINA BLANCO (Titular) DU 29089948 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
283		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ALEJANDRO JARA (Titular) DU 29089959 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
284		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONELLA EVELIN LOPEZ (Titular) DU 29181658 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
285		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO GABRIEL GONZALEZ (Titular) DU 29184349 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
286		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ROMINA OJEDA (Titular) DU 29184422 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
287		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO HERNAN MAIDANA MEDINA (Titular) DU 29184802 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
288		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA CECILIA MENDIAZ (Titular) DU 29184825 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
289		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA MERCEDES TAJAN (Titular) DU 29184866 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
290		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO GABRIEL DE LEON (Titular) DU 29223664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
291		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL RAMON LUQUE (Titular) DU 29268822 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
292		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO RUBENS HERNAN ROMERO (Titular) DU 29296558 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
293		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO ALDO SEBASTIAN LEIVA (Titular) DU 29297302 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
294		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO CUARANTA (Titular) DU 29301067 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
295		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO SEBASTIAN BARREIRO (Titular) DU 29321745 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
296		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA YANINA GONZALEZ (Titular) DU 29361053 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
297		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORMAN ADRIAN MACIEL (Titular) DU 29361103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
298		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA MARIEL GOMEZ (Titular) DU 29395530 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
299		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA NOEMI BURON (Titular) DU 29443189 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
300		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE RUBEN MEZA (Titular) DU 29464006 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
301		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA NORA ISABEL RETAMOZO (Titular) DU 29464037 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
302		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO JESUS CASCO (Titular) DU 29464075 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
303		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ROSA ALFONSO (Titular) DU 29464281 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
304		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOLANDA ISABELA VALLEJOS VELASCO (Titular) DU 29464294 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
305		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HELGA CECILIA ACHITTE SCHMUTZLER (Titular) DU 29464330 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
306		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA GUADALUPE DUARTE (Titular) DU 29464416 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
307		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA PAOLA ZARAVIA (Titular) DU 29464429 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
308		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JONATAN RODRIGUEZ HARTFIELD (Titular) DU 29464493 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
309		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA NOEMI RAMIREZ (Titular) DU 29464880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
310		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LUZ ARAGON (Titular) DU 29499574 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
311		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEYANIRA ELIN RODRIGUEZ (Titular) DU 29518135 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
312		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMIAN ANIBAL CASTRO (Titular) DU 29518185 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
313		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORMA VICTORIA RIOS (Titular) DU 29611103 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
314		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TULIO EDUARDO LEDESMA (Titular) DU 29640555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
315		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSEFA ITATI ALMEIDA (Titular) DU 29641014 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
316		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO FEDERICO SILVERO CAVENAGHI (Titular) DU 29641067 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
317		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO SEBASTIAN BARRIENTOS (Titular) DU 29641135 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
318		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MACARENA DEL PILAR FERNANDEZ LUGO (Titular) DU 29641294 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
319		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EDUARDO BUFFIL (Titular) DU 29641298 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
320		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO MARTIN VERRASTRO (Titular) DU 29641351 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
321		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGAR DAMIAN ACEVEDO (Titular) DU 29641472 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
322		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS DANIEL OBREGON (Titular) DU 29642113 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
323		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR SEBASTIAN MANSILLA (Titular) DU 29647600 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
324		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA LORENA ESQUIVEL (Titular) DU 29657035 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
325		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA GABRIELA MARTINEZ (Titular) DU 29657532 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
326		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA PAOLA VRDOLJAK (Titular) DU 29660077 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
327		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIANA ANDREA FRIAS RUIZ (Titular) DU 29662722 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
328		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE MANUEL ESCOBAR (Titular) DU 29672192 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
329		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EULICES ALBERTO ACEVEDO (Titular) DU 29672374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
330		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA BELEN MOLA (Titular) DU 29672796 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
331		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NICOLAS FERREYRA (Titular) DU 29673720 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
332		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ BARRIOS (Titular) DU 29721073 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
333		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JULIA SUAREZ (Titular) DU 29721140 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
334		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN MIGUEL ERRO (Titular) DU 29721211 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
335		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DENIS ABRAHAM FERNANDEZ (Titular) DU 29721568 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
336		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JAVIER DECHAT (Titular) DU 29721621 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
337		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN OSVALDO LEDESMA (Titular) DU 29724705 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
338		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA MARIA HERRERA (Titular) DU 29725247 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
339		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA DE LOS ANGELES ZULIANI (Titular) DU 29725343 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
340		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO CESAR ALMIRON (Titular) DU 29725356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
341		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA SALOME JARA (Titular) DU 29777610 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
342		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSAURA ESCALANTE (Titular) DU 29828302 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
343		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA BELKIS VALLEJOS (Titular) DU 29848088 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
344		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL EXEQUIEL TORRES ERCOLANI (Titular) DU 29882072 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
345		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ANTONIO RODRIGUEZ (Titular) DU 29885622 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
346		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLENDA ELISABETH MOYANO (Titular) DU 29896350 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
347		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA PATRICIA GUTIERREZ (Titular) DU 29896824 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
348		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA FERNANDA MEDINA (Titular) DU 29903436 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
349		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR HUGO BENITEZ VALLEJOS (Titular) DU 29903906 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
350		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMIAN RODOLFO BERGER (Titular) DU 29934009 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
351		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE GUSTAVO ZERPA (Titular) DU 29942903 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
352		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR FABIAN AGUIRRE (Titular) DU 29980678 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
353		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO OSVALDO CANTEROS (Titular) DU 29980762 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
354		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALEJANDRA ROMERO (Titular) DU 29980906 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
355		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA ITATI BAHLE (Titular) DU 29980926 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
356		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANA EDITH CUESTA (Titular) DU 29989951 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
357		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES COTT LOPEZ (Titular) DU 29991575 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
358		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA CATALINA MAIDANA (Titular) DU 30033384 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
359		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIELA SOLEDAD MATTERN (Titular) DU 30034578 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
360		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA ARIENTI (Titular) DU 30038909 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
361		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HELIANA YANINA MENESES (Titular) DU 30094589 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
362		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO DOMINGUEZ (Titular) DU 30095777 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
363		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA HEMILCE PLANISICH (Titular) DU 30100658 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
364		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LORENA VILLAN (Titular) DU 30102842 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
365		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN OTACILDO GOMEZ (Titular) DU 30112134 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
366		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO LEONARDO CARISIMO (Titular) DU 30141748 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
367		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ANIBAL HIDALGO (Titular) DU 30141866 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
368		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA CECILIA ARANDA (Titular) DU 30141916 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
369		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANTONIO SAUCEDO (Titular) DU 30142174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
370		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOLANGE ELISABETH SILVA (Titular) DU 30159481 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
371		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ANIBAL SANCHEZ (Titular) DU 30174476 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
372		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO TOMAS SALVADOR VILOTTA (Titular) DU 30216200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
373		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIZABETH RODRIGUEZ (Titular) DU 30216287 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
374		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES DAVID GOMEZ FERREYRA (Titular) DU 30216346 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
375		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA CAROLINA BLANCO (Titular) DU 30216465 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
376		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER MATIAS RINDEL (Titular) DU 30216534 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
377		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMMANUEL BLANCO (Titular) DU 30216566 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
378		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA CELESTE GARCIA (Titular) DU 30230695 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
379		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO ALBERTO VALLEJOS (Titular) DU 30252945 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
380		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIA ANDREA VELAZQUEZ (Titular) DU 30253102 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
381		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER DARIO MAIDANA (Titular) DU 30253677 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
382		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA GABRIELA ARCE (Titular) DU 30255771 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
383		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLO ALEXANDER ALARCON (Titular) DU 30256593 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
384		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIAN EDITH TAMBORELLI (Titular) DU 30257319 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
385		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO ANTONIO MELO (Titular) DU 30257378 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
386		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOLEDAD MARIA FLORE AGUIRRE RAMIREZ (Titular) DU 30273729 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
387		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA VANESA HANKE (Titular) DU 30273781 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
388		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIO ISMAEL WILHJELM (Titular) DU 30291418 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
389		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN ENRIQUE SOSA (Titular) DU 30295560 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
390		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SOLEDAD ZARACHO (Titular) DU 30333498 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
391		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIX OMAR ALBERTO DESCALZO (Titular) DU 30348508 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
392		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO SEBASTIAN MIRANDA (Titular) DU 30359314 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
393		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO MARCELO SANCHEZ (Titular) DU 30359344 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
394		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DESIDERIO LUIS OJEDA (Titular) DU 30359603 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
395		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROQUE MARTIN BUDZOVSKY (Titular) DU 30359675 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
396		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA SANDRA DIAZ (Titular) DU 30370345 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
397		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADAN LUIS PALACIOS (Titular) DU 30377275 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
398		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO DAMIAN COLMAN (Titular) DU 30386644 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
399		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ALBERTO GAUNA (Titular) DU 30386971 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
400		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MONTENEGRO (Titular) DU 30391208 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
401		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA ELIZABETH PAHR (Titular) DU 30396966 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
402		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA LILIANA CONTRERAS (Titular) DU 30398170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
403		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA SOFIA STENICO (Titular) DU 30405246 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
404		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JUAN FRANC LENCINAS MARTINEZ (Titular) DU 30423683 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
405		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR DANIEL MACHUCA (Titular) DU 30423707 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
406		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA MIÑO (Titular) DU 30423734 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
407		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GOMEZ GIGLIANI (Titular) DU 30423758 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
408		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA CECILIA LEVATTI (Titular) DU 30423804 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
409		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MERCEDES ITATI VERGARA (Titular) DU 30424414 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
410		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO ALFREDO FLORES (Titular) DU 30424465 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
411		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO JAVIER CARDOZO (Titular) DU 30424494 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
412		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONCIO ARTURO ARGENTINO CUELLAR (Titular) DU 30434844 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
413		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN GABRIEL LAZARCZUK (Titular) DU 30483980 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
414		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VALERIA VERON (Titular) DU 30517741 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
415		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA GABRIELA ZANUTTI (Titular) DU 30517926 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
416		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA MABEL CARRERAS (Titular) DU 30518339 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
417		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ALICIA GOMEZ (Titular) DU 30518620 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
418		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIOLETA AMANCAY ZAMBIASIO (Titular) DU 30518654 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
419		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES GAUNA (Titular) DU 30518676 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
420		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LARISA AYMARA MINEFF (Titular) DU 30518687 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
421		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO SEBASTIAN BLASCO (Titular) DU 30519730 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
422		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA ALEJANDRA HUMERES (Titular) DU 30545334 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
423		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO DAVID RAMIREZ (Titular) DU 30546010 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
424		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS IVAN FERNANDEZ (Titular) DU 30559373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
425		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO BERTONCINI (Titular) DU 30566785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
426		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA EDITH BOPP (Titular) DU 30580723 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
427		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA CAROLINA OLIVA (Titular) DU 30581901 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
428		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSANA BEATRIZ CORREA (Titular) DU 30622412 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
429		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA CAROLINA CENA (Titular) DU 30626087 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
430		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO RUBEN MENEGAZ (Titular) DU 30644387 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
431		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO LUIS BENITEZ (Titular) DU 30644556 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
432		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR RAFAEL ACOSTA (Titular) DU 30644979 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
433		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELA MARIEL GONZALEZ (Titular) DU 30678490 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
434		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA VICTORIA CERRI (Titular) DU 30694500 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
435		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN JESUS ALVARENGA (Titular) DU 30699187 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
436		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO ARIEL VIDAL (Titular) DU 30710144 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
437		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO ALBERTO JARA (Titular) DU 30748233 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
438		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ANTONIO TORRES (Titular) DU 30779038 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
439		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRIANA NADIA STRYCEK (Titular) DU 30779064 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
440		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA VERONICA SCHALLER (Titular) DU 30789841 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
441		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA VERONICA MIÑO (Titular) DU 30797329 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
442		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ELISABETH MARTINEZ CORREA (Titular) DU 30808074 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
443		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN MAURICIO ALARCON (Titular) DU 30810679 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
444		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO SILVERO (Titular) DU 30812262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
445		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA ELIZABET VILLAMAYOR (Titular) DU 30884672 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
446		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO AUGUSTO AGUIRRE VICENTIN (Titular) DU 30890182 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
447		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BEATRIZ ITATI AVALOS (Titular) DU 30890223 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
448		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO GABRIEL MARTINEZ (Titular) DU 30898511 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
449		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ANTONIO LOPEZ (Titular) DU 30898542 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
450		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA VANESA ARAUJO (Titular) DU 30898797 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
451		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HILDA MARY GOMEZ (Titular) DU 30898811 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
452		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA EUGENIA ZALAZAR (Titular) DU 30898946 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
453		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO SOTERO MARTINEZ (Titular) DU 30956072 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
454		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ALBERTO DE LERA (Titular) DU 30959685 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
455		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO GONZALO BAREIRO (Titular) DU 30959766 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
456		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA RUIZ DIAZ (Titular) DU 30959963 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
457		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DANIEL KUNZI (Titular) DU 30997122 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
458		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE EMILIANO MOTTA BITTENCURT (Titular) DU 30997217 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
459		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN ABELARDO RAMIREZ (Titular) DU 30997374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
460		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA ANDREA FRANCINI (Titular) DU 30997873 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
461		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NURIA ANTONELLA COSSIO (Titular) DU 31025243 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
462		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA PAULA CLEMENTE (Titular) DU 31043693 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
463		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA ROCIO MARTINEZ (Titular) DU 31043751 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
464		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO RODRIGUEZ (Titular) DU 31049895 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
465		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO SOLANGE BENITEZ (Titular) DU 31051723 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
466		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENHY BETIANA BENITEZ (Titular) DU 31051978 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
467		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRETTEL CLARISA BORDON (Titular) DU 31063941 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
468		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA CLARA VILLORDO (Titular) DU 31076526 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
469		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FERNANDA MONZON (Titular) DU 31084509 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
470		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA RAMONA DE LOS AN ECHAVARRIA (Titular) DU 31084635 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
471		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO MATIAS CACERES (Titular) DU 31101756 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
472		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARISOL DUSICKA (Titular) DU 31102835 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
473		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA ELIZABETH IFRAN (Titular) DU 31183556 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
474		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA CELESTE OJEDA (Titular) DU 31209043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
475		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERCILIA MARIA SARA MORENO (Titular) DU 31209368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
476		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS EMILIA BENITEZ (Titular) DU 31209399 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
477		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA ITATI URBIETA (Titular) DU 31209733 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
478		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO AGUSTIN MALVIDO (Titular) DU 31209772 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
479		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ALEJANDRO FERNANDEZ (Titular) DU 31210014 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
480		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL EDGARDO GAMBOA (Titular) DU 31210664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
481		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY ELIZABET RIVERO (Titular) DU 31210691 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
482		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL RUIZ DIAZ (Titular) DU 31210766 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
483		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUBERT SAUL MORELLO (Titular) DU 31210824 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
484		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARILINA SLAME (Titular) DU 31210880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
485		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE FEDERICO ARRUA (Titular) DU 31210917 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
486		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA MALENA BANEGAS (Titular) DU 31245701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
487		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA ITATI MONJE (Titular) DU 31254740 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
488		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO NICOLAS GARCIA SOLANELLAS (Titular) DU 31254806 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
489		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA SOLEDAD CABRAL FLORES (Titular) DU 31254830 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
490		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ANTONIA TORRES (Titular) DU 31254839 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
491		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER GUSTAVO VELAZCO (Titular) DU 31294048 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
492		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILCE ANAHI CORDARA (Titular) DU 31294803 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
493		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS LEONARDO LONGONI (Titular) DU 31294805 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
494		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA CASTRO (Titular) DU 31294895 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
495		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA KARINA HERRER DRI (Titular) DU 31294898 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
496		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ELISABET LAFUENTE (Titular) DU 31325846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
497		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON RAUL SANCHEZ (Titular) DU 31331705 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
498		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA SOLEDAD TOLEDO (Titular) DU 31331843 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
499		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CYNTHIA JORIANA ESCALANTE (Titular) DU 31396625 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
500		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA ELIZABETH ALONSO (Titular) DU 31406136 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
501		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS DANIEL GONZALEZ (Titular) DU 31406888 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
502		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ENRIQUE BENITEZ (Titular) DU 31406929 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
503		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULINO ISAIAS GONZALEZ (Titular) DU 31411064 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
504		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO DANIEL ZAMPALLONE (Titular) DU 31418217 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
505		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA NOELIA DUARTE (Titular) DU 31435524 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
506		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ALFREDO TORRILLA (Titular) DU 31435789 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
507		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRIAM ALICIA ELLENA (Titular) DU 31435795 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
508		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENZO LUIS SANCHEZ (Titular) DU 31435820 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
509		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN ORLANDO PICCOLO (Titular) DU 31435941 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
510		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL PEDRO FERNANDEZ (Titular) DU 31436010 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
511		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO SEBASTIAN GONZALEZ (Titular) DU 31436034 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
512		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA PAOLA RODRIGUEZ (Titular) DU 31436123 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
513		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO DAVID LOPEZ (Titular) DU 31436141 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
514		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA ALEJANDRA MILADIN (Titular) DU 31436412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
515		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO FRANCISCO BENITEZ (Titular) DU 31458084 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
516		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TEOFILO EDUARDO SOLIS (Titular) DU 31472158 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
517		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA ELIZABET GARCIA (Titular) DU 31472190 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
518		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIELA BELEN HIDALGO (Titular) DU 31472450 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
519		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA BERENICE CORREA (Titular) DU 31472461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
520		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA FERNANDA JARA (Titular) DU 31484151 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
521		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA ALEJANDRA ROBELLO (Titular) DU 31496252 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
522		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ALEJANDRA KANNEMANN (Titular) DU 31511605 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
523		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS BAEZ (Titular) DU 31562829 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
524		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA TERESITA GALANTINI (Titular) DU 31568053 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
525		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO NICOLAS GIUDICI (Titular) DU 31568244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
526		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO JOSE ESCALANTE VEGA (Titular) DU 31568514 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
527		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA CAROLINA ACOSTA (Titular) DU 31568529 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
528		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA MONSERRAT BOYERAS NAVARRO (Titular) DU 31568536 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
529		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NUMA ROY MOLINA PAULUK (Titular) DU 31568778 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
530		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA MIRTHA ROSA VERON (Titular) DU 31568892 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
531		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA NOEMI MARTEMUCCI (Titular) DU 31568893 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
532		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ASTRID SOLANGE FRANCINI (Titular) DU 31569085 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
533		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA LILIANA LYSAJ (Titular) DU 31582314 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
534		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BELIZARIO ANTONIO MONJE (Titular) DU 31594164 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
535		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARCELO LOPEZ (Titular) DU 31594374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
536		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMMANUEL GONZALEZ SANCHEZ (Titular) DU 31630382 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
537		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ARNALDO MARTINEZ METZGER (Titular) DU 31647705 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
538		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA ESTER ACOSTA (Titular) DU 31647729 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
539		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER OSVALDO ESCUTIA (Titular) DU 31647924 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
540		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA ELIZABETH LIBRAMENTO DE LOS SA (Titular) DU 31647946 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
541		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIZ MARIELA IBARRA (Titular) DU 31648015 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
542		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR JAVIER NACIMIENTO (Titular) DU 31666602 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
543		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE SEBASTIAN BONJA (Titular) DU 31676153 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
544		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE RAMON MACIEL (Titular) DU 31685884 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
545		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA SABRINA YAYA (Titular) DU 31686069 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
546		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES DEMETRIO ALMIRON (Titular) DU 31686379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
547		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA GISELA DIAMANTE (Titular) DU 31686425 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
548		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA FRANCISCA ITATI MIRANDA (Titular) DU 31686469 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
549		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA MARCELA MINI (Titular) DU 31686551 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
550		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO MARIANO CARDOZO (Titular) DU 31686696 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
551		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO GABRIEL RUIDIAZ (Titular) DU 31690398 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
552		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO LUIS LESCANO (Titular) DU 31698750 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
553		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL SEBASTIAN PALANDELLA (Titular) DU 31698827 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
554		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MATIAS CABRERA (Titular) DU 31701148 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
555		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA NAZARENA LOPEZ (Titular) DU 31701353 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
556		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA DEL MILAGRO GILBERT (Titular) DU 31713633 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
557		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO NICOLAS SALLES (Titular) DU 31719933 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
558		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO RAMON GARRIDO (Titular) DU 31720579 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
559		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS ANCHORDOQUI (Titular) DU 31724239 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
560		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR ALEJANDRO MONZON GENEYRO (Titular) DU 31725833 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
561		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA VERONICA NAVARRO (Titular) DU 31776263 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
562		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCO HERNANDO LOPEZ (Titular) DU 31786369 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
563		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO OSCAR MARCOGLIESE ROMERO (Titular) DU 31787345 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
564		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN DARIO MONJES (Titular) DU 31787775 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
565		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TERESA GUADALUPE MATTOS (Titular) DU 31788115 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
566		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LEON SOLARI (Titular) DU 31792936 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
567		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA SOLEDAD ZINI (Titular) DU 31803453 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
568		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA GABRIELA BENITEZ (Titular) DU 31806104 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
569		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ANTONIO LUIS SANCHEZ FERALDO (Titular) DU 31806133 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
570		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA VERONICA GOMEZ SOLER (Titular) DU 31808297 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
571		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL EDUARDO NUÑEZ (Titular) DU 31808352 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
572		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA ACEVEDO (Titular) DU 31808413 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
573		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ALFREDO FUCHS (Titular) DU 31808544 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
574		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA ALEJANDRA FERREYRA (Titular) DU 31808557 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
575		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA BELEN MONTANAR (Titular) DU 31832474 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
576		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ALFREDO GIORGI ZUBILEWICZ (Titular) DU 31848379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
577		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MERCEDES TERESITA LUQUE (Titular) DU 31848593 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
578		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA ITATI AGUIRRE (Titular) DU 31848767 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
579		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA EVELIN BARRETO (Titular) DU 31848909 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
580		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AURELIO RODOLFO NUÑEZ (Titular) DU 31849043 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
581		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ADAN PREZ (Titular) DU 31849970 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
582		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA PAOLA VERA (Titular) DU 31850236 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
583		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA CAROLINA BARRIOS (Titular) DU 31851303 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
584		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VIRGINIA MONZON (Titular) DU 31872246 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
585		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO FABIAN CASTRO (Titular) DU 31872355 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
586		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE PABLO SVRIZ CORREA (Titular) DU 31886960 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
587		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA MABEL FERREYRA (Titular) DU 31887430 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
588		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA SOLEDAD RODRIGO (Titular) DU 31887935 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
589		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LAS MERCEDES GAMBOA (Titular) DU 31894224 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
590		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA AZUCENA BELOTTO (Titular) DU 31897336 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
591		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ESTEFANIA MONTIEL (Titular) DU 31957627 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
592		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NICOLAS SANCHEZ (Titular) DU 31969124 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
593		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN BIANCHI (Titular) DU 31969129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
594		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL ALEGRE (Titular) DU 31969324 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
595		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ALEJANDRO GONZALEZ FARAGE (Titular) DU 31969333 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
596		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS GUILLERMO DANIELI (Titular) DU 31969337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
597		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLO MATIAS BARTOLONI KWAK (Titular) DU 31969369 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
598		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA ROCIO FERRARI (Titular) DU 31969622 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
599		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO MIGUEL OLIVIERI (Titular) DU 31969788 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
600		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIANA BELEN GONZALEZ VILLALBA (Titular) DU 31969880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
601		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLA LORENA DUARTE (Titular) DU 31972411 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
602		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA FERNANDA MONZON (Titular) DU 31984482 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
603		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIPE DANIEL SANTILLAN (Titular) DU 32006673 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
604		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN LUIS HUMERES (Titular) DU 32029444 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
605		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN DAVID LOVATO (Titular) DU 32065999 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
606		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL HUGO AGUIRRE (Titular) DU 32079155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
607		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA AGOSTINA BARRIOS (Titular) DU 32079244 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
608		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA DAIANA ALEGRE (Titular) DU 32094840 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
609		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EMILIA PRIETO (Titular) DU 32100080 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
610		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA ANDREA FLORES (Titular) DU 32100488 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
611		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ALBERTO RAMIREZ (Titular) DU 32100628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
612		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DOLLY MARIA RAMIREZ AMARILLA (Titular) DU 32100857 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
613		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA DE LOS MILAGROS ALVAREZ (Titular) DU 32106593 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
614		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL LEONARDO BIELAK (Titular) DU 32130816 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
615		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORNELA SOFIA STECHINA (Titular) DU 32141879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
616		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA MERCEDES RAMIREZ GOMEZ (Titular) DU 32183091 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
617		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO ARMANDO ALMIRON (Titular) DU 32183267 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
618		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ANTONIO FERNANDEZ (Titular) DU 32183555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
619		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA MERCEDES LEGUIZAMON (Titular) DU 32183993 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
620		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA NATALIA PERESIN (Titular) DU 32190744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
621		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA GABRIELA PEON (Titular) DU 32226026 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
622		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ADRIANA JESUS GONZALEZ (Titular) DU 32226345 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
623		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN ARANDA (Titular) DU 32228258 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
624		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARLA NOELIA RAMIREZ (Titular) DU 32233039 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
625		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ANTONIO SILVA (Titular) DU 32233844 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
626		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO PAMELA BORDON (Titular) DU 32269100 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
627		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO NICOLAS MARTIN (Titular) DU 32276538 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
628		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL DAVID GENES (Titular) DU 32285242 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
629		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALBERTO DELLOSTE (Titular) DU 32302534 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
630		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAGDALENA ITATI GOMEZ (Titular) DU 32305677 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
631		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA NATALIA LOPEZ PEREYRA (Titular) DU 32305888 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
632		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA VERONICA VANESA SENA (Titular) DU 32306061 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
633		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PRISCILA DEBORA BOHLE (Titular) DU 32306096 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
634		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISIDORO BENJAMIN BARRIOS (Titular) DU 32306343 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
635		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA NATALIA COSSI (Titular) DU 32335508 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
636		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELISA MARIA JOSE CARBALLO LEGUIZA (Titular) DU 32350507 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
637		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMMANUEL RIVERO TOST (Titular) DU 32350716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
638		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENRIQUE RAMON SEGOVIA (Titular) DU 32350742 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
639		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LUCRECIA BOGADO (Titular) DU 32366584 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
640		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN EDUARDO MAGLIONE (Titular) DU 32398763 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
641		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO NICOLAS RIOTORTO (Titular) DU 32405073 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
642		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL EDGARDO GOMEZ LOPEZ (Titular) DU 32405384 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
643		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CELESTE FLORES (Titular) DU 32405403 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
644		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS MARIA JOAQUIN FRATI (Titular) DU 32417703 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
645		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO GASTON CABALLERO (Titular) DU 32426778 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
646		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUTH NOELIA RAMELA (Titular) DU 32427708 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
647		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GREGORIO DOMINGO WAMBA (Titular) DU 32436968 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
648		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER LEANDRO GUELARDI (Titular) DU 32486425 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
649		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR FACUNDO PELOZO (Titular) DU 32488885 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
650		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA CECILIA RAMIREZ (Titular) DU 32488959 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
651		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL UBALDO VIOLA (Titular) DU 32490383 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
652		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS HERNAN GOMEZ (Titular) DU 32493776 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
653		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR DAMIAN CABRAL (Titular) DU 32494019 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
654		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDDA MARIANA RIVERO (Titular) DU 32499485 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALAS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
655		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA RAMONA SANABRIA (Titular) DU 32499492 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
656		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA BEATRIZ GRANCE (Titular) DU 32499658 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
657		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA HERRERA (Titular) DU 32505016 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
658		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILTON NERY TEIXEIRA PINTO (Titular) DU 32516036 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
659		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ROLANDO PINTOS (Titular) DU 32516106 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
660		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO GERMAN ZALAZAR (Titular) DU 32516259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
661		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MARIANO ROA (Titular) DU 32516300 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
662		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA LUCIANA GOMEZ (Titular) DU 32516374 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
663		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA CABANILLAS MENDOZA (Titular) DU 32516417 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
664		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ELIZABETH RIVAS (Titular) DU 32516456 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
665		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO AGUSTIN SANCHEZ (Titular) DU 32516483 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
666		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO DANIEL AQUINO (Titular) DU 32516589 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
667		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SUSANA ELIZABETH BRAVO (Titular) DU 32516590 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
668		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS OSCAR VANDERLAND (Titular) DU 32516716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
669		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LORENA CORRALES (Titular) DU 32516791 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
670		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GUILLERMO STICCHI (Titular) DU 32516813 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
671		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA PAREDES (Titular) DU 32519260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
672		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELENA RAMONA OJEDA (Titular) DU 32551121 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
673		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIA RAQUEL RAMONA SIRIS (Titular) DU 32551198 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
674		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN ADRIAN ALARCON (Titular) DU 32551339 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
675		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ELIZABETH ARRUTI (Titular) DU 32551773 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
676		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA VIVIANA DOMINGUEZ (Titular) DU 32551804 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
677		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILCE MARIA DEL ROCIO BURGUENER (Titular) DU 32551863 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
678		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ESPINOLA (Titular) DU 32551878 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
679		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA IRMA CORREA (Titular) DU 32552066 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
680		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL GABRIEL GANDUGLIA (Titular) DU 32560482 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
681		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA ALEJANDRA FERNANDEZ CODAZZI (Titular) DU 32563373 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
682		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS RODOLFO ALEGRE (Titular) DU 32566498 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
683		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA SOLEDAD ENCINA (Titular) DU 32566634 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
684		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA PATRICIA AGUIRRE (Titular) DU 32568245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
685		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ORLANDO GIMENEZ (Titular) DU 32575415 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
686		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SOLEDAD COTO MOREIRA (Titular) DU 32583214 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
687		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN DOMINGUEZ (Titular) DU 32589792 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
688		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO JAVIER VALENZUELA (Titular) DU 32589954 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
689		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO ROLON SANTOS (Titular) DU 32620982 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
690		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO LUCAS VERGES (Titular) DU 32656065 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
691		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO EZEQUIEL NUSS (Titular) DU 32703751 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
692		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA ITATI BARRIOS (Titular) DU 32704979 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
693		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA ESTHER ALVAREZ (Titular) DU 32712076 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
694		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSANA NATALIA PETROFF COLEFF (Titular) DU 32712482 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
695		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO IVAN VIER (Titular) DU 32726068 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
696		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA RAQUEL GONZALEZ LUQUE (Titular) DU 32728852 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
697		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS GERMAN FERRERAS MOGORUZA (Titular) DU 32729244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
698		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA SOLEDAD LOPEZ (Titular) DU 32732648 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
699		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES EDUARDO TOMAS MACIEL (Titular) DU 32732723 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
700		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA ELADIA BARRIOS (Titular) DU 32732793 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
701		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA SOLEDAD LOPEZ (Titular) DU 32732914 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
702		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA RAQUEL VALLE (Titular) DU 32732937 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
703		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA DANIELA NOBLE (Titular) DU 32733972 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
704		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA NATALIA GAY (Titular) DU 32746173 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
705		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO NICOLAS SABAREN (Titular) DU 32754035 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
706		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO HUGO SACK CEPPI (Titular) DU 32754098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
707		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ANTONIO APOSTOLIDES (Titular) DU 32754210 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
708		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLENDA ADALIS HERRERA GOMEZ (Titular) DU 32762307 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
709		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO SEBASTIAN MEZA (Titular) DU 32762343 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
710		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILFREDO PATRICIO LEIVA (Titular) DU 32771716 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
711		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS SPAIRANI (Titular) DU 32780344 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
712		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DAVID MIDON (Titular) DU 32793971 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
713		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOEL CARLOS LUCIANO MARIA (Titular) DU 32806722 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
714		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE RODOLFO ALMIRON (Titular) DU 32809649 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
715		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA MATTOS (Titular) DU 32820516 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
716		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ELIZABETH GOMEZ (Titular) DU 32836436 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
717		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ALBERTO NAVARRO (Titular) DU 32836439 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
718		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA MATZNER PERFUMO (Titular) DU 32836460 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
719		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO GERMAN SALVADOR DALOI LANCELE(Titular) DU 32836476 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
720		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO OSCAR GONZALEZ (Titular) DU 32836482 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
721		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL DE JESUS LARGOSTA (Titular) DU 32836497 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
722		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO EXEQUIEL RODRIGUEZ (Titular) DU 32836498 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
723		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN BASILIO ZINI (Titular) DU 32836769 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
724		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL GUSTAVO PUCHETTA (Titular) DU 32836775 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
725		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA BELEN MAIDANA (Titular) DU 32837053 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
726		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ALBERTO MANSILLA (Titular) DU 32837117 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
727		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENRIQUE MANUEL ESPINOZA (Titular) DU 32837262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
728		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO ARTURO DEL YESSO (Titular) DU 32837319 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
729		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ALICIA DEMARCHI (Titular) DU 32837664 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
730		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ALEJANDRA OJEDA (Titular) DU 32837687 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
731		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA LUCIA SOTELO GALFRASCOLI (Titular) DU 32837822 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
732		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS ARIAS (Titular) DU 32842635 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
733		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO JULIAN LAMY (Titular) DU 32844468 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
734		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RITA LUCIANA RODRIGUEZ (Titular) DU 32854997 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
735		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARGARITA ESTHER DE LOS SANTOS (Titular) DU 32862938 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
736		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GABRIEL BELLUCCI (Titular) DU 32874282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
737		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO RAFAEL PEREZ (Titular) DU 32874581 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
738		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PEDRO VIUDES (Titular) DU 32874631 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
739		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA MARGARITA VERA (Titular) DU 32874659 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
740		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA SOLEDAD VALLEJOS LEIZ (Titular) DU 32880300 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
741		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO DANIEL MARTURET (Titular) DU 32880337 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
742		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA GISELLA GOMEZ (Titular) DU 32880340 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
743		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN EDUARDO MURCIA (Titular) DU 32880344 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
744		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARY JOSE MIZDRAJI (Titular) DU 32880347 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
745		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS NICOLAS SALOMON (Titular) DU 32900211 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
746		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN PRADO (Titular) DU 32919950 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
747		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JEREMIAS HILL (Titular) DU 32933725 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
748		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRTHA ELIZABETH ESQUIVEL CUBILLA (Titular) DU 32933726 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
749		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ARIEL BORROMEI (Titular) DU 32940748 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
750		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN GABRIEL ACOSTA (Titular) DU 32955326 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
751		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA MAIDANA (Titular) DU 32992552 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
752		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ARIEL RINAS (Titular) DU 32992728 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
753		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA MONZON (Titular) DU 32992758 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
754		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE PEREZ QUINTANA (Titular) DU 32992853 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
755		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO ENRIQUE GODOY CASAFUZ (Titular) DU 32992880 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
756		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELBA MARLENE ZARACHO (Titular) DU 33012774 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
757		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VIRGINIA SILVERO (Titular) DU 33013617 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
758		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANNA AYMARA ACEVEDO (Titular) DU 33013655 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
759		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EMILIANO BARONE (Titular) DU 33013810 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
760		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA AGOSTINA FRETE (Titular) DU 33013811 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
761		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ALEJANDRO ARIGOSSI (Titular) DU 33013848 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
762		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO FRANCO NAVARRO (Titular) DU 33027684 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
763		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO FABIAN RAJOY (Titular) DU 33063932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
764		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA SILVANA ALMIRON (Titular) DU 33064133 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
765		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO EMANUEL SAAVEDRA (Titular) DU 33064156 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
766		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ANDRES MARKEVICZ (Titular) DU 33064174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
767		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISABELINO RAMON ALEGRE (Titular) DU 33064259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
768		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ITATI ARAUJO (Titular) DU 33064262 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
769		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ELIZABETH FRETTE (Titular) DU 33064308 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
770		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO MAXIMILIANO MUÑOZ (Titular) DU 33064449 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
771		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO IRUPE GONZALEZ (Titular) DU 33065713 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
772		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA SOLEDAD RAMIREZ (Titular) DU 33071727 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
773		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO GASPAR YBARRA (Titular) DU 33071932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
774		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO KBAL (Titular) DU 33071946 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
775		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA BELEN CRISTALDO (Titular) DU 33072067 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
776		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA CAROLINA PITTAU (Titular) DU 33072763 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
777		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANISA EMILSE BANEGAS (Titular) DU 33075744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
778		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA ALEJANDRA PAYES MONZON (Titular) DU 33079731 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
779		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO CELESTE SANDOVAL (Titular) DU 33105783 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
780		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA AMANCAY ROMERO (Titular) DU 33124925 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
781		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO JAVIER CASTILLO RUVEDA (Titular) DU 33124996 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
782		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS HECTOR DE MICHELLI (Titular) DU 33125124 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
783		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA VANESA ESPINOZA (Titular) DU 33125295 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
784		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SUSANA SCARAMELLINI BURGOS (Titular) DU 33125388 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
785		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA EMILCE ESCLIPPA (Titular) DU 33145879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
786		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL LILIAN VERON (Titular) DU 33148011 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
787		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MANUEL GOMEZ (Titular) DU 33164026 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
788		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO CARLOS ALBERTO CONTI (Titular) DU 33164115 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
789		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL FACUNDO ESQUIVEL (Titular) DU 33164174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
790		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES PARED (Titular) DU 33164179 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
791		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMIAN KELLER (Titular) DU 33164213 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
792		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ATLANTICO RODRIGUEZ (Titular) DU 33164266 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
793		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA DEL MAR LOPEZ (Titular) DU 33164289 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
794		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JAVIER ALEJANDRO FORLIN (Titular) DU 33172400 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
795		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ANTONELLA GULINO (Titular) DU 33214429 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
796		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER DAMIAN MARTINEZ (Titular) DU 33214508 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
797		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL HILLKIRK (Titular) DU 33214556 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

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




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
798		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ESTEBAN GOMEZ (Titular) DU 33214582 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
799		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO GASTON RODRIGUEZ CANO (Titular) DU 33214819 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
800		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO EZEQUIEL AMARILLA (Titular) DU 33214913 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


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



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
801		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA EMILCE ALEGRE (Titular) DU 33214924 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
802		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO RICARDO ROMERO (Titular) DU 33214953 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
803		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO GABRIEL CANTEROS LOEBARTH (Titular) DU 33214985 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
804		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA MARISOL PEREYRA (Titular) DU 33222037 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
805		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ANTONELLA MEDINA (Titular) DU 33224211 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
806		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIO ANGEL GAUNA (Titular) DU 33228036 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
807		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN DAVID ESPINOZA (Titular) DU 33235905 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
808		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN LIZARDIA (Titular) DU 33239785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
809		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA VANESA ROBLEDO (Titular) DU 33243212 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
810		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO FABIAN GARBIA (Titular) DU 33243243 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
811		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL SOTO (Titular) DU 33243297 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
812		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORNELA PRISCILA SOLEDAD CHAVEZ (Titular) DU 33245631 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
813		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR AGUSTIN YAZBEK (Titular) DU 33249798 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
814		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENHY MOIRA PONCE DE LEON (Titular) DU 33294242 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
815		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA VANESA PALACIOS (Titular) DU 33357524 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
816		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER DANIEL GOMEZ (Titular) DU 33357536 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
817		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA MAGDALENA MONJE (Titular) DU 33357575 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
818		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA ALEJANDRA GONZALEZ (Titular) DU 33357582 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
819		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ARIEL FRIAS (Titular) DU 33357610 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
820		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONSERRAT MONICA ITATI DIAZ ESCOBAR (Titular) DU 33357663 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
821		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ITATI LEZCANO (Titular) DU 33357689 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
822		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA YAZMINA ALMIRON COLMAN (Titular) DU 33357817 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
823		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON DAVID PEREA CACERES (Titular) DU 33377011 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
824		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA CINTHIA GISELA GOMEZ (Titular) DU 33377309 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
825		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN GUILLERMO DE LOS SANTOS (Titular) DU 33383410 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
826		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA ELISABET PEREYRA (Titular) DU 33383843 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
827		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ELIZABETH DE LOS ANGE CARDOZO (Titular) DU 33399056 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
828		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA DE LOS ANGELES TRINIDAD (Titular) DU 33418025 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
829		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES PELLEGRINI GARCIA (Titular) DU 33418098 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
830		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN EDGAR SEBASTIAN FIGUEROA (Titular) DU 33426651 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
831		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILTON ARNALDO FERNANDEZ (Titular) DU 33451058 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
832		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ADRIAN ARENA (Titular) DU 33451089 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
833		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA MARIA BELEN GARCIA (Titular) DU 33471042 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
834		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JORGE YBARRA (Titular) DU 33471118 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
835		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GREGORIO ANTONIO GONZALEZ (Titular) DU 33471134 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
836		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANABELA JESICA MENDOZA (Titular) DU 33479252 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
837		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ABEL MARQUEZ (Titular) DU 33482890 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
838		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MERCEDES ALEJANDRA CABRERA GONZALEZ (Titular) DU 33493061 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
839		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLELIA MARISA SOUTO FLORES (Titular) DU 33500608 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
840		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO FABIAN AGUIRRE (Titular) DU 33509305 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
841		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO JOSE LUIS LOPEZ (Titular) DU 33509345 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
842		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ALBERTO LORENTE (Titular) DU 33512759 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
843		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO MARTIN GONZALEZ JENSEN (Titular) DU 33512776 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
844		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO DAMIAN BANDEO (Titular) DU 33531927 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
845		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA PAULA GASALLA (Titular) DU 33548609 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
846		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN VITELLESCHI (Titular) DU 33561993 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
847		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO JAVIER ESCOBAR (Titular) DU 33564588 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
848		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA MARISEL CEVILAN (Titular) DU 33610623 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
849		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA ELIZABETH DIAZ (Titular) DU 33636195 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
850		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DANIEL SILVA (Titular) DU 33636242 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
851		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ANTONIO VILLAGRA (Titular) DU 33636380 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
852		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID CESAR HERVIER (Titular) DU 33636489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
853		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA YOHANA LEIVA (Titular) DU 33636521 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
854		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOHANA GISELA BRUZZO (Titular) DU 33636526 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
855		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TANIA ROCIO TORRES (Titular) DU 33636607 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
856		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO MARTIN CALVANO (Titular) DU 33636619 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
857		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN OMAR GOMEZ (Titular) DU 33636628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
858		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOSHITHARO JORGE MATIAS KUROKI (Titular) DU 33636680 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
859		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN ALEXIS ESCALANTE (Titular) DU 33636953 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
860		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA DEL CARMEN VILLALVA ARGUELLO (Titular) DU 33641455 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
861		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN DAVID ESQUIVEL (Titular) DU 33641515 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
862		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA ISABEL AYALA (Titular) DU 33641568 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
863		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO NICOLAS BLANCO (Titular) DU 33683121 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
864		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUSTO LUCIANO AROMI (Titular) DU 33683122 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
865		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA COZZARIN (Titular) DU 33683129 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
866		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO DANIEL ALBERTO LUCCA (Titular) DU 33683195 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
867		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRTA CECILIA GARAY (Titular) DU 33683430 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
868		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO CARLOS CANGARO (Titular) DU 33683463 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
869		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARA AYMARA MENDIAZ (Titular) DU 33683493 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
870		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ESTEBAN JARA (Titular) DU 33683543 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
871		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL HERMIDA (Titular) DU 33683620 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
872		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO HERMAN GOMEZ GOTTSCHALK (Titular) DU 33683626 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
873		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO RUBEN GOMEZ (Titular) DU 33683696 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
874		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIS DAIANA SANDOVAL (Titular) DU 33683809 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
875		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CELESTE DEL PRADO (Titular) DU 33683878 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
876		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALINA ELIZABETH GOMEZ (Titular) DU 33718315 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
877		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADIS ALBISO RUIZ (Titular) DU 33723186 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
878		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO SARACHA ALVEZ (Titular) DU 33723606 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
879		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA SOLEDAD MENDEZ (Titular) DU 33724804 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
880		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOLEDAD ESPERANZA MARTINEZ (Titular) DU 33724881 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
881		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ISABEL YULAN (Titular) DU 33729081 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
882		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JEREMIAS GABRIEL ALVES DE LIMA (Titular) DU 33731830 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
883		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ARIEL FLORES (Titular) DU 33732161 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
884		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO LUIS ROMERO (Titular) DU 33768568 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
885		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL GONZALEZ (Titular) DU 33768762 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
886		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS BERNARDO TIRABOSCO PASTORI (Titular) DU 33791755 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
887		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YLEANA OLIVA YASNIKOWSKI (Titular) DU 33791757 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
888		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE ROMERO (Titular) DU 33791816 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
889		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESUS MANUEL BARRIOS (Titular) DU 33791819 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
890		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN FEDERICO FUCHS (Titular) DU 33791866 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
891		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO RAMON TORRES (Titular) DU 33791930 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
892		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO EDUARDO YBARRA (Titular) DU 33791944 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
893		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANESA ALEJANDRA SAMANTA ARANDA VERA (Titular) DU 33792088 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
894		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIAN MARILEN IVONNE BLANCHARD (Titular) DU 33792146 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
895		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO JUAN MARIA OSLER (Titular) DU 33792207 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
896		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA NATALIA SANCHEZ (Titular) DU 33792495 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
897		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO GABRIEL BILLORDO (Titular) DU 33792561 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
898		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMALIA DOLORES ARROYO (Titular) DU 33792577 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
899		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO RAMON ROMERO CARDOZO (Titular) DU 33792621 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
900		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ALBERTO ARRIOLA (Titular) DU 33792625 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
901		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO OSCAR BLANCHET (Titular) DU 33802633 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
902		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ALFREDO QUIROZ (Titular) DU 33802689 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
903		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ROCIO VERON (Titular) DU 33802964 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
904		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSE LOPEZ (Titular) DU 33806264 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
905		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ISABEL COSTILLA (Titular) DU 33836036 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
906		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO GASTON LECLERC (Titular) DU 33839908 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
907		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENRIQUE FIDEL CRISTALDO (Titular) DU 33842219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
908		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EMILIA ARNALDI (Titular) DU 33842237 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
909		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO IVAN VALLEJOS DACUNDA (Titular) DU 33842379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
910		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA ANAHI MALDONADO (Titular) DU 33844734 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
911		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MABEL MERCEDES MALDONADO FALCON (Titular) DU 33845130 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
912		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AZUL MARIA SOLIMANO (Titular) DU 33855126 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
913		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN CARMELO ZALAZAR (Titular) DU 33855171 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
914		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ROSANA CORREA (Titular) DU 33855281 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
915		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA DE LOS ANGELES RIQUELME (Titular) DU 33855282 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
916		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN ALBERTO SANDOVAL (Titular) DU 33855435 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
917		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VERONICA TRIBBIA (Titular) DU 33855735 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
918		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROQUE LUIS MONTEJANO (Titular) DU 33855821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
919		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA DEL CARMEN FERNANDEZ (Titular) DU 33855966 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
920		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN CACERES MACIEL (Titular) DU 33856183 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
921		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHIARA TAMARA MENDEZ (Titular) DU 33856198 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
922		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO DANIEL BENDERSKY (Titular) DU 33871070 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
923		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL LEDESMA (Titular) DU 33871506 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
924		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO DAVID ROMERO (Titular) DU 33879296 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
925		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA PAOLA FARCO (Titular) DU 33880461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
926		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO OSVALDO LEGAL RAMIREZ (Titular) DU 33937838 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
927		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADAN ALBERTO AVALOS (Titular) DU 33938267 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
928		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO SEBASTIAN RODRIGUEZ (Titular) DU 33941673 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
929		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ORLANDO SCATTOLARO (Titular) DU 33942015 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
930		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA LUJAN FERNANDEZ (Titular) DU 33942199 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
931		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FAVIANA ALEJANDRA RIOS (Titular) DU 33945762 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
932		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABINO NICOLAS BILLORDO (Titular) DU 33948086 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
933		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELENA ISABEL RUIZ DIAZ (Titular) DU 33948573 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
934		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO MARTIN CORREA (Titular) DU 33948585 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
935		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO JAVIER BESTOSO (Titular) DU 33948693 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
936		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PEDRO AQUINO (Titular) DU 33948770 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
937		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO JAVIER FRANCO (Titular) DU 33948817 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
938		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ANDRES PEREZ SOTO (Titular) DU 33948830 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
939		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ROMERO MARAIN (Titular) DU 33948867 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
940		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ ELIANA ESPINDOLA (Titular) DU 33948879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
941		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODMARI BRIEND (Titular) DU 33983290 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
942		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS LENTIJO (Titular) DU 33989704 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
943		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA SOLEDAD ALMOA (Titular) DU 33990075 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
944		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO IRUPE CARDOZO (Titular) DU 33992791 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
945		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ALBERTO LESCANO (Titular) DU 33993478 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
946		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ADOLFO CANTEROS (Titular) DU 33993587 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
947		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SONIA RAQUEL FRANCO (Titular) DU 34006403 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
948		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DUSTIN GABRIEL GASSMANN (Titular) DU 34012450 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
949		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GINO MATIAS PERNIGOTTI (Titular) DU 34016502 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
950		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ROXANA CERVINO (Titular) DU 34016839 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
951		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA GUADALUPE ACOSTA (Titular) DU 34036140 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
952		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN EZEQUIEL MAIDANA (Titular) DU 34040318 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
953		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA FRETES (Titular) DU 34047096 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
954		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ VERONICA SANCHEZ (Titular) DU 34048913 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
955		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVA DEL CARMEN GOMEZ KACEROSWKY (Titular) DU 34051744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
956		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA LILIANA ZARAGOZA (Titular) DU 34055472 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
957		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CRISTINA FERRARA (Titular) DU 34055991 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
958		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ADOLFO SANCHEZ (Titular) DU 34083795 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
959		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO DANIEL GOMEZ (Titular) DU 34093217 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
960		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO DULCE MARIA FLORES DURAN (Titular) DU 34093321 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
961		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO FERNANDO MACHUCA (Titular) DU 34093542 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
962		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA ELIZABETH RODRIGUEZ (Titular) DU 34093783 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
963		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS ZAYAS (Titular) DU 34093803 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
964		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ALBERTO PORTILLO (Titular) DU 34093807 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
965		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO CUNHA (Titular) DU 34093820 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
966		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL PEDRO ACUÑA PEREYRA (Titular) DU 34093980 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
967		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ANTONIO FRIAS RUIZ (Titular) DU 34116604 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
968		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ORLANDO GAUNA (Titular) DU 34116764 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
969		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL BRIZUELA (Titular) DU 34124374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
970		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN BERTONI (Titular) DU 34140787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
971		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRO SEBASTIAN ROMERO (Titular) DU 34145027 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
972		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ANAHI CARDOZO (Titular) DU 34145060 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
973		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA MARICEL RODRIGUEZ (Titular) DU 34145083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
974		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN EXEQUIEL ESCOBAR (Titular) DU 34145192 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
975		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER GIAN CARLO MAY PETROFF (Titular) DU 34149147 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
976		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUTH CAROLINA MOSEVICH (Titular) DU 34151242 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
977		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JIMENA RUIZ (Titular) DU 34164785 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
978		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO MARIA DIAZ SOTO (Titular) DU 34165008 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
979		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA MARIA DELFINA MASS (Titular) DU 34165047 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
980		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO SEBASTIAN RODRIGUEZ (Titular) DU 34165068 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
981		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO DANIEL BAEZ (Titular) DU 34165208 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
982		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN RAMON FERNANDEZ TROCCOLI (Titular) DU 34165260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
983		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERONIMO RAFAEL CORREA (Titular) DU 34165266 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
984		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA MEILAN (Titular) DU 34165280 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
985		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON ALEJANDRO ESCALANTE (Titular) DU 34165327 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
986		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JANINNA FARAONE (Titular) DU 34165350 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
987		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN NICOLAS ACOSTA (Titular) DU 34165524 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
988		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA BEATRIZ MARTINEZ (Titular) DU 34165543 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
989		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ALEJANDRO FERNANDEZ (Titular) DU 34165608 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
990		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIOLETA DE LOS ANGELES GOMEZ (Titular) DU 34165610 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
991		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA LUCRECIA ALMIRON (Titular) DU 34165624 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
992		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JAVIER TOSI (Titular) DU 34165752 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
993		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO NAHUEL AVELLANAL (Titular) DU 34165765 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
994		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA PAOLA DOMINGUEZ (Titular) DU 34165783 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
995		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO GABRIEL QUINTANA (Titular) DU 34165960 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
996		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID GABRIEL PAEZ (Titular) DU 34168033 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
997		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CLARA SANCHEZ VALLDUVI (Titular) DU 34169940 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
998		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA ANALIA ENCINA (Titular) DU 34177254 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
999		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA BELEN AGUIRRE TRANGONI (Titular) DU 34207471 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.000		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA MARIA MICAELA ACEVEDO (Titular) DU 34207486 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.001		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIANA EVELIN RAMIREZ GOMEZ (Titular) DU 34207681 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.002		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN JOSE ARAUJO (Titular) DU 34207726 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.003		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS DELFOR SANCHEZ MORALES (Titular) DU 34207754 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.004		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR GERONIMO LANZIERI (Titular) DU 34207765 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.005		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA SOLEDAD ORREGO (Titular) DU 34207932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.006		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ORLANDO DURE (Titular) DU 34218552 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.007		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSE GOMEZ (Titular) DU 34272821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.008		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA SOLEDAD MATTOS (Titular) DU 34272954 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.009		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ALBERTO DURANTE (Titular) DU 34274315 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.010		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA NOEMI VALENZUELA (Titular) DU 34274323 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.011		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA LIBRADA PIAZZA (Titular) DU 34274470 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.012		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUANA INES TABORDA FERREIRA (Titular) DU 34290424 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.013		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO JERONIMO FLAVIO SANCHEZ (Titular) DU 34297629 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.014		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO CRISTIAN ENRIQUE PAPARO (Titular) DU 34297819 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.015		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTYA NOEMI RAMIREZ (Titular) DU 34298144 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.016		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA ITATI AYALA (Titular) DU 34298175 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.017		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO GONZALO BALMACEDA (Titular) DU 34298201 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.018		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS FEDERICO CARDOZO (Titular) DU 34298267 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.019		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA MERCEDES FERRAGUD (Titular) DU 34298274 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.020		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSA MARIA ISABEL JARA (Titular) DU 34298457 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.021		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA ROXANA MENEGAZ (Titular) DU 34298469 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.022		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALEJANDRA ROMERO (Titular) DU 34298480 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.023		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO VALERIA CORREA (Titular) DU 34298527 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.024		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARNALDO GABRIEL PINTOS (Titular) DU 34298552 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.025		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR ALBERTO MARENCO (Titular) DU 34300898 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.026		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GONZALO RIVAROLA (Titular) DU 34302978 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.027		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ANDREA OJEDA (Titular) DU 34332548 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.028		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO BRACHO FERNANDEZ (Titular) DU 34340864 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.029		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO MARTIN AYALA (Titular) DU 34345976 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.030		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALVARO DAVID VALLEJOS GONZALEZ (Titular) DU 34349732 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.031		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA BEATRIZ MENA (Titular) DU 34352340 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.032		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA BELEN PEREZ (Titular) DU 34358668 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.033		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FAVIO FELIX PINTO (Titular) DU 34363563 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.034		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR RAMIRO LIMA (Titular) DU 34366706 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.035		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO SEBASTIAN ANDRADA SORAIRE (Titular) DU 34380389 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.036		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE FRANCISCO FERNANDEZ (Titular) DU 34380987 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.037		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO MARINKOVIC (Titular) DU 34385788 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.038		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA VANESA PEREZ (Titular) DU 34388617 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.039		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS ALARCON (Titular) DU 34397247 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.040		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JIMENA LUJAN SANCHEZ (Titular) DU 34402339 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.041		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOL PAIRETTI TELLO (Titular) DU 34408550 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.042		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARISA DE LA MERCED MIÑO (Titular) DU 34425274 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.043		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA CAROLINA TOLEDO (Titular) DU 34425347 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.044		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO MIGUEL ALIPRANDINI (Titular) DU 34425552 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.045		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DENIS ALBERTO AYALA (Titular) DU 34425741 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.046		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARTURO JOAQUIN CARDOZO (Titular) DU 34425861 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.047		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO JOSE LAVIA (Titular) DU 34431412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.048		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ROSA ROGIDO (Titular) DU 34431572 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.049		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL HUMBERTO RAMIREZ (Titular) DU 34431664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.050		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ALEJANDRA DIAZ ESCOBAR (Titular) DU 34445744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.051		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA NATALIA GUIRLAND (Titular) DU 34445879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.052		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA CELESTE SANCHEZ GARBIA (Titular) DU 34445967 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.053		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE AUGUSTO PEREZ FORTUNATO (Titular) DU 34445999 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.054		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RENATA NICORA CHEQUIN (Titular) DU 34446110 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.055		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIO JOAQUIN GOMEZ (Titular) DU 34446111 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.056		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARTIN MIRET (Titular) DU 34446184 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.057		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JANET ADELINA GARCIA (Titular) DU 34446194 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.058		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO EZEQUIEL ALMIRON (Titular) DU 34446647 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.059		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ALEJANDRO ROMERO (Titular) DU 34446653 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.060		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ALEJANDRO OBREGON (Titular) DU 34446663 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.061		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILENA EDITH BOCCALANDRO (Titular) DU 34467689 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.062		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA PAOLA WACHNITZ (Titular) DU 34477808 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.063		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ANDRES GOMEZ (Titular) DU 34478735 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.064		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO CESAR SAIACH (Titular) DU 34487920 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.065		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO GERMAN HERNANDO AMANN (Titular) DU 34487989 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.066		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO RAUL DA CUÑA VEGA (Titular) DU 34494735 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.067		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA SOLEDAD GAUNA (Titular) DU 34511630 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.068		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERWIN MARCELO FRANK (Titular) DU 34511841 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.069		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO FEDERICO SOMMA (Titular) DU 34511939 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.070		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. REINALDO RAFAEL GIMENEZ (Titular) DU 34531071 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.071		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO ELIAS ANDRIASEVICH (Titular) DU 34542913 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.072		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ELENA BARRETO (Titular) DU 34558599 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.073		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO DAVID TUROWSKI (Titular) DU 34566988 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.074		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLE MAGALI DUARTE (Titular) DU 34567892 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.075		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAFAEL ALEJANDRO MARTINEZ MILESI (Titular) DU 34569438 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.076		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA ALEJANDRA VALDEZ (Titular) DU 34570202 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.077		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO ALBERTO FERNANDEZ GON (Titular) DU 34570679 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.078		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA SUSANA ROBEFF (Titular) DU 34571198 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.079		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVA MARGARITA DIAZ (Titular) DU 34589184 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.080		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISELDA FABIANA MEDINA (Titular) DU 34589196 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.081		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL CARMEN CORONEL (Titular) DU 34597812 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.082		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA ELIZABETH KRIEBAUM (Titular) DU 34597898 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.083		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO SEBASTIAN RODRIGUEZ (Titular) DU 34598111 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.084		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA MAGDALENA PRESENTADO (Titular) DU 34599847 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.085		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA RAQUEL SANCHEZ (Titular) DU 34612186 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.086		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA ROSANA NUSSBAUM (Titular) DU 34614666 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.087		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NORA LIS GRISEL FERNANDEZ (Titular) DU 34617458 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.088		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO SEBASTIAN ACOSTA VANNI (Titular) DU 34623043 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.089		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA ALEXIS CAROLINA ACEVEDO MUÑIZ (Titular) DU 34623131 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.090		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA GISELLE TOLEDO (Titular) DU 34623210 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.091		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN FELIX GALARZA ROMERO (Titular) DU 34623313 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.092		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE IGNACIO LEDESMA (Titular) DU 34623326 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.093		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ELOISA BIZARRO (Titular) DU 34623368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.094		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA NOEMI PEREZ (Titular) DU 34623418 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.095		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO DUETE (Titular) DU 34623429 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.096		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA GABRIELA SANCHEZ CHYT (Titular) DU 34628093 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.097		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAMANTA SOLEDAD MERCADO (Titular) DU 34637233 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.098		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OMAR MARTIN AGUIRRE PEREZ (Titular) DU 34639300 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.099		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES FARJAT (Titular) DU 34654913 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.100		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FIORELA GUADALUPE ARGÜELLO VERA (Titular) DU 34654921 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.101		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMAN MIGUEL LENCINA (Titular) DU 34654926 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.102		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA GISELL SOTOMAYOR (Titular) DU 34655119 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.103		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO JOSE DE JESUS BENGOCHEA (Titular) DU 34655287 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.104		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA ESQUIVEL (Titular) DU 34656233 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.105		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA LUCRECIA CANARIO (Titular) DU 34656286 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.106		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA ANTOLINA GAMARRA (Titular) DU 34718042 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.107		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZARA MARIA BRUNEL STACUL (Titular) DU 34718052 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.108		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO LUIS ALBERTO SOLF ALEGRE (Titular) DU 34718285 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.109		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO DEL MAR BENEDETTI (Titular) DU 34718700 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.110		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALBERTO LENCINA (Titular) DU 34718774 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.111		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS MARTIN LAFUENTE (Titular) DU 34718855 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.112		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS GUSTAVO NAVARRO (Titular) DU 34718950 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.113		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA RAQUEL DELSSIN (Titular) DU 34749121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.114		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANISA SEBASTIANA ROMAN (Titular) DU 34755969 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.115		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSEFINA ACUÑA (Titular) DU 34758196 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.116		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ALEJANDRA VERGARA (Titular) DU 34766396 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.117		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID DE JESUS BEBER (Titular) DU 34782519 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.118		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA EMILIA ALEJANDRINA ALMIRON (Titular) DU 34782531 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.119		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ADRIAN VAZQUEZ (Titular) DU 34782582 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.120		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ARIEL SCHUSTER (Titular) DU 34782707 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.121		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS BETTIANA CARDOZO MACHACE (Titular) DU 34782757 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.122		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALBERTO MANCUELLO (Titular) DU 34782840 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.123		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO DARIO ESQUIVEL (Titular) DU 34782942 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.124		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE HORACIO SESMA (Titular) DU 34782985 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.125		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA JESICA GAONA (Titular) DU 34784816 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.126		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA MARGARITA ESTRADA (Titular) DU 34784881 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.127		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSALIA CUBILLA (Titular) DU 34784882 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.128		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ARMANDO RAMIREZ (Titular) DU 34784983 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.129		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO PEREZ WILKOWSKI (Titular) DU 34793219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.130		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO MONZON (Titular) DU 34793260 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.131		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LUISANA JIMENEZ (Titular) DU 34793746 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.132		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA ANTONELLA TRABALON (Titular) DU 34794287 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.133		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARTIN ZAMUDIO (Titular) DU 34795550 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.134		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DENIS FEDERICO FERNANDEZ (Titular) DU 34801216 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.135		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA ELISABET MUCHUT (Titular) DU 34804560 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.136		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA MARIEL GOMEZ (Titular) DU 34812406 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.137		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LAS MERCEDES ROMERO (Titular) DU 34812411 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.138		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA GISELDA LOPEZ (Titular) DU 34812565 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.139		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA SOLEDAD GODOY (Titular) DU 34814372 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.140		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO BENJAMIN MANSILLA (Titular) DU 34825141 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.141		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ABEL VELOZO (Titular) DU 34825164 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.142		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORNELLA MARIA VARGAS (Titular) DU 34825345 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.143		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ARIEL SILVA (Titular) DU 34825391 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.144		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA IRUPE PIZARRO (Titular) DU 34825537 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.145		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA FLORENCIA QUIJANO (Titular) DU 34825553 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.146		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ANDRES AGUIRRE MALAGUEÑO (Titular) DU 34825717 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.147		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA INES MARTINEZ (Titular) DU 34825866 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.148		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GREGORIO IVAN RAMIREZ (Titular) DU 34836643 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.149		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA MARIA GISEL DIAZ (Titular) DU 34842679 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.150		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO DAVID VARGAS (Titular) DU 34842983 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.151		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAHIANA EVELIN IBARRA (Titular) DU 34856257 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.152		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS BARSESA (Titular) DU 34868357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.153		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE COCHIA (Titular) DU 34891690 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.154		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO HORACIO ORGOÑ (Titular) DU 34891877 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.155		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL MARCELO EMMANUEL TORRES (Titular) DU 34895182 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.156		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL ALBERTO ALEGRE (Titular) DU 34897306 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.157		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO GERARDO LUKESTIK (Titular) DU 34898679 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.158		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO ARIEL ASSELLE ALVAREZ (Titular) DU 34898821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.159		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO GERARDO TRANGONI (Titular) DU 34899698 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.160		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELINA MAIRA GODOY (Titular) DU 34900612 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.161		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICENTA MARINA HAIDEE ACOSTA (Titular) DU 34901639 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.162		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO DARIO TOLEDO (Titular) DU 34936286 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.163		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MARTIN ZARATE (Titular) DU 34936602 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.164		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ANGEL ACEVEDO (Titular) DU 34940444 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.165		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO MAXIMILIANO ORTIZ (Titular) DU 34940651 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.166		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA SOLEDAD BOBIS (Titular) DU 34941083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.167		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA SOLEDAD MICHONOVICH (Titular) DU 34941489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.168		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS MILAGROS MOREL (Titular) DU 34942571 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.169		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ENRIQUE TRANGONI (Titular) DU 34946629 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.170		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO DARIO ROUBINEAU (Titular) DU 34952635 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.171		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA NATALI FERNANDEZ (Titular) DU 34959075 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.172		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO LUIS ESCOBAR (Titular) DU 34959200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.173		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIBIA YAEL SMITH (Titular) DU 34960539 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.174		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSE MACIEL (Titular) DU 34973187 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.175		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID ELIAS KAIRUZ (Titular) DU 34973195 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.176		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN ARGÜELLO ALEGRE (Titular) DU 34973220 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.177		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO ALEJANDRO ROJO CADENAS (Titular) DU 34973249 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.178		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANET ELIZABETH ZALAZAR (Titular) DU 34973424 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.179		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA GISEL AZCONA (Titular) DU 34973431 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.180		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ESEQUIEL MASSA (Titular) DU 34974987 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.181		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA GABRIELA OCAMPO (Titular) DU 34976718 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.182		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ARTURO OJEDA (Titular) DU 35001033 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.183		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LANARI ZUBIAUR (Titular) DU 35001414 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.184		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EMILIA GUERRERO (Titular) DU 35002334 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.185		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANDRES CARDOZO (Titular) DU 35002805 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.186		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA FABIANA GIMENEZ (Titular) DU 35003073 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.187		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID FERNANDO ORTIZ (Titular) DU 35003421 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.188		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN EMILIANO CHUDYK (Titular) DU 35004116 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.189		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EZEQUIEL BALDI (Titular) DU 35009614 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.190		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA YASMIN GAUTO (Titular) DU 35030952 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.191		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO SCHROEDER (Titular) DU 35035253 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.192		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELL ELIZABETH MARQUEZ (Titular) DU 35035423 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.193		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA GISEL RAMIREZ (Titular) DU 35035916 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.194		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO FABIAN WAGNER BOIAN (Titular) DU 35037466 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.195		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN DAIANA AGUSTINI (Titular) DU 35059875 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.196		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIANA EUGENIA RODRIGUEZ (Titular) DU 35061210 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.197		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO GALLARDO (Titular) DU 35061219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.198		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA ROSAURA PRIETO (Titular) DU 35107078 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.199		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELSON LEONARDO QUINTANA (Titular) DU 35115605 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.200		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA ROMINA CENTURION (Titular) DU 35115669 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.201		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL LAUTARO RAMIREZ (Titular) DU 35115692 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.202		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SONIA CLARISA VILLADA (Titular) DU 35115895 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.203		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO MAXIMILIANO MAIDANA (Titular) DU 35115966 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.204		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO GABRIEL ESQUIVEL (Titular) DU 35115968 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.205		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO DAVID ALMIRON (Titular) DU 35115971 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.206		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA CAMARGO (Titular) DU 35116614 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.207		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS MOLINA (Titular) DU 35116733 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.208		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO TOMAS SCHIBER (Titular) DU 35117134 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.209		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN DARIO MASETTO (Titular) DU 35132427 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.210		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIPE HERNAN VALENZUELA (Titular) DU 35147923 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.211		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIA ELIANA GOMEZ GALASSI (Titular) DU 35149746 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.212		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DAVID RAMIREZ AMEDEY (Titular) DU 35186219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.213		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARIA BARRIENTOS (Titular) DU 35186222 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.214		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO DANIEL RAMIREZ (Titular) DU 35186245 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.215		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO ERNESTO ZALAZAR (Titular) DU 35186331 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.216		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS CUNHA (Titular) DU 35186361 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.217		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ESTEFANIA ACEVEDO (Titular) DU 35186431 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.218		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ESTEBAN ALEJANDRO LUCCA (Titular) DU 35186447 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.219		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO GUADALUPE FALCON (Titular) DU 35186462 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.220		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO DAMIAN ESTECHE VIVODA (Titular) DU 35186465 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.221		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO JAVIER GONZALEZ FIORINI (Titular) DU 35186571 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.222		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ANTONIO VALDEZ (Titular) DU 35186657 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.223		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIELA MACARENA MONZON (Titular) DU 35186670 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.224		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JESUS GOMEZ (Titular) DU 35191389 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.225		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUADALUPE ITATI ECHAVARRIA (Titular) DU 35200823 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.226		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANET MARICEL LESIEUX (Titular) DU 35200835 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.227		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO OMAR ZALAZAR (Titular) DU 35223068 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.228		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO CELESTE IBARRA (Titular) DU 35223076 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.229		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO OSCAR FERRO (Titular) DU 35223093 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.230		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA ELIZABETH GARCIA (Titular) DU 35223183 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.231		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS NICOLAS SAEZ (Titular) DU 35223862 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.232		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO RAUL LEZCANO (Titular) DU 35239492 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.233		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ALBERTO SORAIRE (Titular) DU 35239505 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.234		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA ANTONELA BERLI (Titular) DU 35295194 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.235		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OLGA AYMARA YULAN (Titular) DU 35300972 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.236		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO EZEQUIEL CATTAROZZI (Titular) DU 35301765 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.237		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA ELIZABETH BATALLA (Titular) DU 35306493 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.238		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FAVIO EZEQUIEL DIAZ (Titular) DU 35306778 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.239		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL CANDIA (Titular) DU 35350122 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.240		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA MACARENA CESARIO (Titular) DU 35369938 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.241		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GASTON PAREDES (Titular) DU 35435160 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.242		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ALFREDO ESCUBILLA (Titular) DU 35435251 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.243		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO ANTONIO SOSA (Titular) DU 35435265 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.244		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO EZEQUIEL ROBLEDO (Titular) DU 35436048 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.245		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ARIEL GALEANO (Titular) DU 35436203 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.246		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN MARIANO ORTIZ (Titular) DU 35436484 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.247		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUISA RAMONA RAMIREZ (Titular) DU 35436834 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.248		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO CENOZ CONI (Titular) DU 35438234 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.249		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO FABRICIO PARODI (Titular) DU 35438241 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.250		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ANTONIO CASTILLO (Titular) DU 35438344 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.251		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO FEDERICO ALEGRE (Titular) DU 35438387 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.252		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISABEL DE LOS ANGELES MIGUEL (Titular) DU 35438663 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.253		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO SCCORCHI (Titular) DU 35439163 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.254		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO JOAQUIN VALLEJOS (Titular) DU 35439180 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.255		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS NAHUEL FRANCO (Titular) DU 35439227 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.256		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GASTON SAIPE MONTIEL (Titular) DU 35439353 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.257		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ANAHI CAMAÑO (Titular) DU 35439954 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.258		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO TOMAS SCHUSTER (Titular) DU 35450601 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.259		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANINA BEATRIZ BENITEZ (Titular) DU 35450661 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.260		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN JAVIER SOLIS (Titular) DU 35450672 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.261		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO HUMBERTO ACEVEDO (Titular) DU 35450761 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.262		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ARIEL GONZALEZ (Titular) DU 35450860 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.263		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO FERNANDO RAMIREZ DELGADO (Titular) DU 35450960 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.264		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA BELEN MUÑOZ (Titular) DU 35450973 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.265		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO CAROLINA ALDERETE CONTENTO (Titular) DU 35450984 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.266		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO DANIEL OJEDA (Titular) DU 35451183 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.267		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN JAVIER MEZA (Titular) DU 35451456 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.268		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOHANA ELIZABETH ESCOBAR (Titular) DU 35451500 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.269		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA GIMENA LEZCANO (Titular) DU 35451635 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.270		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO SEBASTIAN MENDEZ GONZALEZ (Titular) DU 35451713 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.271		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DAN AXEL SIRE (Titular) DU 35451900 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.272		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA SABRINA SANDOVAL (Titular) DU 35451921 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.273		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN GABRIEL ARRIETA (Titular) DU 35451956 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.274		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BARBARA ALEJANDRA ORTIZ (Titular) DU 35454403 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.275		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO NAHUEL FERNANDEZ (Titular) DU 35463925 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.276		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JAVIER MINA (Titular) DU 35464319 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.277		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ADELA MAURIÑO (Titular) DU 35464321 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.278		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BERNARDO COUTINHO (Titular) DU 35464935 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.279		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MARTIN CARDOZO (Titular) DU 35464961 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.280		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMIAN ALEXIS BORG (Titular) DU 35465890 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.281		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO LEONARDO DAVALOS (Titular) DU 35466062 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.282		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO EDUARDO CITRONI (Titular) DU 35466193 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.283		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA CELINA LOPEZ ROJAS (Titular) DU 35466269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.284		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO OSVALDO NUDELMAN (Titular) DU 35466314 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.285		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA DANIELA BLANCO (Titular) DU 35466796 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.286		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO GERMAN SOTO (Titular) DU 35467013 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.287		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA AGUSTINA BIANCALANI (Titular) DU 35467023 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.288		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO TORRENT (Titular) DU 35467025 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.289		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUTH ANYELE CUEVAS (Titular) DU 35488354 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.290		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA ALEJANDRA ESPINOZA (Titular) DU 35488506 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.291		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUSTO NICOLAS ZACARIAS HIDALGO (Titular) DU 35495854 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.292		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL MANUEL BLANCO (Titular) DU 35496518 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.293		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA BAEZ (Titular) DU 35560313 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.294		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA HAYDEE GARAY (Titular) DU 35560396 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.295		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRTHA GRACIELA CARRUMAN (Titular) DU 35568291 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.296		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO DANIEL CERDAN (Titular) DU 35589827 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.297		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DANIEL RAMIREZ (Titular) DU 35590044 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.298		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ORLANDO ELORTEGUI (Titular) DU 35590161 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.299		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN DANIEL GENES (Titular) DU 35590282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.300		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA NOEMI DIAZ ABALLAY (Titular) DU 35590306 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.301		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILLIAM MATIAS MANTEMBERG (Titular) DU 35624058 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.302		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN NICOLAS TREZZO (Titular) DU 35624131 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.303		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN RICARDO FLEITAS (Titular) DU 35678440 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.304		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA SHANEL BOBADILLA (Titular) DU 35680565 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.305		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO MANUEL DIAZ (Titular) DU 35681079 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.306		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ALEJANDRA ESPINOZA (Titular) DU 35681963 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.307		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JOSE MARTINEZ (Titular) DU 35682527 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.308		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ELIZABETH CUSSIGH (Titular) DU 35685634 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.309		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANNA MARISEL TARTAGLINO (Titular) DU 35685750 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.310		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ROMINA MEDINA (Titular) DU 35686785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.311		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO GABRIEL COLMAN (Titular) DU 35689949 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.312		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA BELEN VALLEJOS (Titular) DU 35700945 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.313		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO JAVIER OJEDA (Titular) DU 35701048 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.314		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS MARIA SILVA (Titular) DU 35701282 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.315		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA ELIANA BERTUCCI (Titular) DU 35769122 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.316		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS IVAN VIOLA (Titular) DU 35769373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.317		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO EXEQUIEL MUCHUT (Titular) DU 35769458 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.318		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA CARINA LOVISA (Titular) DU 35770126 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.319		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN ANDRES CONTI (Titular) DU 35770132 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.320		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA JANET GOMEZ (Titular) DU 35786442 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.321		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARA YAMILA AQUINO (Titular) DU 35787015 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.322		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARINA ANDREA RIQUELME (Titular) DU 35789304 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.323		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA NOEMI OCAMPO (Titular) DU 35790030 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.324		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA ANTONELLA MULLICUNDO (Titular) DU 35824590 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.325		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO DARIO DESIMONI (Titular) DU 35836997 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.326		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LUISA SALAS (Titular) DU 35837142 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.327		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA PAOLA PETRUF (Titular) DU 35839498 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.328		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANA ROMINA HOLZMAN (Titular) DU 35858257 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.329		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMAN DIEGO QUINTANA (Titular) DU 35858821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.330		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA MARIELA CARMELLO (Titular) DU 35858834 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.331		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY LEONOR RAMIREZ (Titular) DU 35858900 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.332		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANTONIO BUSTAMANTE (Titular) DU 35897118 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.333		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL ROCIO SACK CEPPI (Titular) DU 35897964 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.334		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO NICOLAS TORRES (Titular) DU 35898017 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.335		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA MARIANELA MULLER (Titular) DU 35898182 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.336		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENIA MICOL MATWIEJUK (Titular) DU 35898546 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.337		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ELIZABETH DIAZ (Titular) DU 35902590 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.338		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ALEJANDRO ALFONSO (Titular) DU 35913112 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.339		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO HUGO FERRARI USANDIZAGA (Titular) DU 35913180 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.340		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO GUILLERMO DEPIAGGIO (Titular) DU 35913184 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.341		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ABSALON NATANAEL SOBERON (Titular) DU 35913389 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.342		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANTONIO ALEGRE (Titular) DU 35913394 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.343		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO NICOLAS ESQUENAZI (Titular) DU 35913616 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.344		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MANUEL ALONSO (Titular) DU 35913650 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.345		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS FEDERICO SILVEIRA (Titular) DU 36015001 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.346		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN MEDINA (Titular) DU 36015187 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.347		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ROBERTO CARLOS SABAJ (Titular) DU 36015507 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.348		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO CARLOS GORLERI (Titular) DU 36015586 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.349		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO DE LOS ANGELES BURGUENER GUTIERREZ(Titular) DU 36016093 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.350		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAUL ALBERTO RIOS (Titular) DU 36016443 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.351		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENICE TERESITA BELEN BACIK (Titular) DU 36016894 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.352		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA SOFIA RIBACK (Titular) DU 36017907 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.353		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TATIANA RITA FLORENCIA WIRZ (Titular) DU 36018033 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.354		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANELA AYELEN GONZALEZ (Titular) DU 36018043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.355		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO NAHUEL ROFFE (Titular) DU 36018098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.356		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO ALEXIS LORENZINI CAMPOS (Titular) DU 36018209 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.357		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS GONZALO OVIEDO (Titular) DU 36018224 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.358		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALFREDO ARREDONDO (Titular) DU 36018255 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.359		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO FEDERICO TRANGONI (Titular) DU 36018330 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.360		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL ARMANDO ROMERO MARANO (Titular) DU 36018639 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.361		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA FERNANDEZ (Titular) DU 36018643 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.362		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BETTIANA YAMILA GONZALEZ (Titular) DU 36019078 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.363		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRESIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ (Titular) DU 36020167 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.364		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MACARENA LOURDES MARI (Titular) DU 36020977 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.365		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO DAVID BORDA (Titular) DU 36024792 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.366		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN JOAQUIN ROMERO (Titular) DU 36024930 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.367		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO WILLIAM PEREZ (Titular) DU 36024932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.368		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO ASCONA (Titular) DU 36025002 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.369		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN PORTA (Titular) DU 36025028 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.370		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO GALLARDO (Titular) DU 36025101 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.371		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO ALEJADRO CABRERA (Titular) DU 36025114 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.372		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA GUADALUPE BLANCO VALLEJOS (Titular) DU 36025225 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.373		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO AUGUSTO BOHLE (Titular) DU 36025307 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.374		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO ALBERTO BENITEZ (Titular) DU 36025356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.375		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO FRANCISCO BANQUERO (Titular) DU 36025413 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.376		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN MIZDRAJI (Titular) DU 36025425 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.377		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DANIEL GUTIERREZ (Titular) DU 36025500 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.378		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ALFREDO ECHAVARRIA (Titular) DU 36025555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.379		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CARLOS MAIDANA (Titular) DU 36025643 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.380		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO RAMON BLANCO (Titular) DU 36025733 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.381		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO DANIEL VILLALBA (Titular) DU 36025774 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.382		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS MAXIMILIANO LEDESMA (Titular) DU 36025898 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.383		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN RAFAEL SANCHEZ (Titular) DU 36026115 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.384		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA NOEMI URRELI (Titular) DU 36027229 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.385		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN DARIO ESPINOZA (Titular) DU 36027345 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.386		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAYANA YANINA MERCADO (Titular) DU 36028043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.387		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA MARIA ALEJANDRA GOYECHEA (Titular) DU 36028112 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.388		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ELIZABETH ROLON (Titular) DU 36028144 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.389		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELBIO ANGEL LAURA (Titular) DU 36048743 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.390		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LORENZO ORELLANA (Titular) DU 36054273 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.391		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA JAQUELINE FERNANDEZ (Titular) DU 36057252 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.392		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL ALEJANDRO AQUINO BARRIOS (Titular) DU 36058641 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.393		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUADALUPE MARTURET (Titular) DU 36094545 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.394		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA NOEMI SOTO (Titular) DU 36107771 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.395		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO MARCELO KOWALYSZYN DASILVA (Titular) DU 36108227 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.396		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO ANDRES CABRAL (Titular) DU 36112006 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.397		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL (Titular) DU 36112020 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.398		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN RENE PERFETTO (Titular) DU 36112139 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.399		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA ALICIA CARDOZO (Titular) DU 36112184 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.400		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO ANDRES ROMERO (Titular) DU 36112200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.401		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID IVAN DANIELI (Titular) DU 36112244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.402		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ARIELA MALDONADO (Titular) DU 36112278 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.403		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ALBERTO ARCE (Titular) DU 36112380 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.404		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIO DURAND (Titular) DU 36112422 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.405		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PIERINA BELEN GOMEZ (Titular) DU 36112431 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.406		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA FLORENCIA CABRERA (Titular) DU 36112457 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.407		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA NAZARENA PAZ (Titular) DU 36112550 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.408		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA MONSERRAT VALLEJOS CATALANO (Titular) DU 36112572 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.409		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO JONATHAN BALMACEDA (Titular) DU 36112577 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.410		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA SUSANA FRESSONI (Titular) DU 36112612 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.411		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIELA BELEN PUENTE (Titular) DU 36112701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.412		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN MIGUEL ANGEL SOTO (Titular) DU 36112723 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.413		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN ALEJANDRO SAMBRANA (Titular) DU 36112753 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.414		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS FEDERICO ZAPATA (Titular) DU 36112765 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.415		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAQUEL ELIZABETH ROMERO (Titular) DU 36112785 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.416		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO JOSE SOTO (Titular) DU 36112789 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.417		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER LEANDRO MEZA (Titular) DU 36112859 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.418		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA AGUEDA BORDA (Titular) DU 36112864 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.419		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILLIAM MAXIMILIANO PARRA (Titular) DU 36113327 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.420		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELINO RAMON BEJARANO (Titular) DU 36113346 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.421		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EULALIA MARIA DUARTE (Titular) DU 36113444 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.422		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA GONZALEZ (Titular) DU 36113762 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.423		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAZARENO EZEQUIEL GIMENEZ (Titular) DU 36113950 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.424		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BETHANIA YAZMIN ARANDA ANONIS (Titular) DU 36114216 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.425		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO DANIEL MARTIN QUINTANA (Titular) DU 36114464 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.426		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA SAMUDIO (Titular) DU 36115245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.427		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA ROSA OSUNA (Titular) DU 36115247 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.428		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA GRISELDA PINTOS (Titular) DU 36115392 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.429		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ANAHI BARRIENTOS (Titular) DU 36115414 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.430		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS IVAN VICENTE (Titular) DU 36115444 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.431		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ARACELI LOIK (Titular) DU 36115541 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.432		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA BELEN NAVARRO (Titular) DU 36115601 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.433		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA GUADALUPE OJEDA (Titular) DU 36115856 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.434		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL GABRIEL CONSTANTIN (Titular) DU 36116136 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.435		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA PAOLA VAZQUEZ (Titular) DU 36116443 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.436		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO DANIEL BORREGO (Titular) DU 36116484 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.437		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE AUCAR (Titular) DU 36116787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.438		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO EDUARDO GOMEZ BENTOLILA (Titular) DU 36117171 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.439		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIR MARIA JOSE VILTE SCHNEIDER (Titular) DU 36182524 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.440		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EFREN NICOLAS TOURN (Titular) DU 36189972 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.441		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR JAVIER NAVARRO (Titular) DU 36190491 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.442		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA SOLEDAD MARTINEZ (Titular) DU 36191138 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.443		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN SANTIAGO SILVA (Titular) DU 36192711 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.444		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA RUT FERNANDEZ (Titular) DU 36193130 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.445		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA CAROLINA GONZALEZ (Titular) DU 36193289 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.446		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DOMINGO GERMAN FERNANDEZ (Titular) DU 36193677 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.447		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA VANINA ACOSTA (Titular) DU 36193763 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.448		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR MARCOS DAVID CHAPARRO (Titular) DU 36194116 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.449		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOLANDA MARIELA ROMERO BICHINI (Titular) DU 36194121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.450		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DANIEL RAMIREZ MAISULS (Titular) DU 36194140 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.451		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ARMANDO ACEVEDO PELOZO (Titular) DU 36194270 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.452		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA CIRILLO (Titular) DU 36194272 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.453		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA SAMANTA ROMANI (Titular) DU 36194496 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.454		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MODESTA LEONOR RIOS (Titular) DU 36194575 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.455		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. STELLA MARY GOMEZ (Titular) DU 36194587 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.456		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA LUJAN BARRIOS (Titular) DU 36194632 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.457		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO MARTIN VARGAS (Titular) DU 36194675 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.458		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO LEONARDO ARCE (Titular) DU 36194695 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.459		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS DAMIAN DUQUE DE ARCE (Titular) DU 36194734 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.460		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN DARIO PEREZ (Titular) DU 36194764 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.461		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA LAURA VALDEZ (Titular) DU 36194814 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.462		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA DE LOS ANGELES SANCHEZ (Titular) DU 36194818 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.463		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO DANIEL CAMINO (Titular) DU 36194864 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.464		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA NADAL (Titular) DU 36195064 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.465		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA DEL ROSARIO CABALLERO (Titular) DU 36198357 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.466		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA MARISEL BALDOVINO (Titular) DU 36198370 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.467		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA RAQUEL GAONA (Titular) DU 36202502 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.468		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RENZO MIGUEL MAXIMILIANO MONTI (Titular) DU 36202616 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.469		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA AGUSTINA APONTE (Titular) DU 36202925 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.470		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ANALIA GONZALEZ (Titular) DU 36202926 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.471		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA ELIZABETH BELOSO (Titular) DU 36203887 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.472		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA TAMARA BOBADILLA (Titular) DU 36204369 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.473		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARTURO MARTIN QUIROZ DONNET (Titular) DU 36204378 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.474		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DANILO ZORAT (Titular) DU 36204473 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.475		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA MELISSA GONZALEZ MIRAGLIOTTA (Titular) DU 36205675 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.476		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS MATIAS NUNIN (Titular) DU 36205909 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.477		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RITA DAIANA DEL PUERTO (Titular) DU 36207623 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.478		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA BELEN ATANASIO (Titular) DU 36207699 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.479		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO GABRIEL FERNANDEZ (Titular) DU 36209812 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.480		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL ESTEBAN CABRAL (Titular) DU 36210832 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.481		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO MAXIMILIANO NIZ (Titular) DU 36211135 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.482		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA FERNANDA DE LOS ANGELE PUCA (Titular) DU 36226249 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.483		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO AGUSTIN SANDOVAL (Titular) DU 36241932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.484		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO LIONEL BENITEZ (Titular) DU 36242921 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.485		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO DANIEL RAMIREZ (Titular) DU 36244542 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.486		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA ARACELI MARTINA (Titular) DU 36244973 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.487		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ALEJANDRO CREMONA (Titular) DU 36249702 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.488		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ELIZABETH GARCIA (Titular) DU 36269657 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.489		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS ANTONIO CHAMORRO (Titular) DU 36269744 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.490		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO RAUL ALEGRE (Titular) DU 36269819 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.491		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO AUGUSTO MACHUCA (Titular) DU 36269830 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.492		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN ALEJANDRO OTAZO (Titular) DU 36269847 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.493		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA SOLEDAD ENCINA (Titular) DU 36270006 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.494		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY JOHANA ACOSTA (Titular) DU 36270068 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.495		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA ELIZABETH PERALTA (Titular) DU 36270136 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.496		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS MABEL MEZA (Titular) DU 36270200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.497		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA MARIEL RAJOY (Titular) DU 36270340 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.498		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA PAOLA FERNANDEZ (Titular) DU 36270386 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.499		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN MATIAS GABRIEL OJEDA RODRIGUEZ (Titular) DU 36270596 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.500		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO DEFAGOT (Titular) DU 36271672 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.501		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRYAN YAMILA MENDOZA (Titular) DU 36271905 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.501		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRYAN YAMILA MENDOZA (Titular) DU 36271905 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.502		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES AGUSTIN GALVAN (Titular) DU 36297237 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.503		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO AXEL AGUIRRE (Titular) DU 36304051 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.504		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA DEL CARMEN ARRIOLA (Titular) DU 36304092 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.505		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA MARIANELA MEDINA (Titular) DU 36304548 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.506		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA ELIZABETH CORREA (Titular) DU 36304557 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.507		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BETIANA RITA AQUINO (Titular) DU 36305296 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.508		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA ANTONELA RATTI (Titular) DU 36305320 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.509		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO RUBEN MACIEL (Titular) DU 36305395 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.510		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRECIA MAGALI MEZA (Titular) DU 36316002 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.511		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ALEJANDRO VILLARREAL ROBLEDO (Titular) DU 36316005 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.512		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN FRETTE (Titular) DU 36316083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.513		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL FEDERICO AQUINO BRITOS (Titular) DU 36316087 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.514		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ANDRES CONTRERAS (Titular) DU 36316137 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.515		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS FERNANDO PAYES (Titular) DU 36316180 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.516		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO HERNAN CARNECER (Titular) DU 36316189 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.517		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ELIZABETH VILLORDO (Titular) DU 36316195 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.518		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELIDA ITATI ARCE (Titular) DU 36316285 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.519		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ADRIAN ROMERO DOMINGUEZ (Titular) DU 36316420 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.520		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARILINA LUCIA ECHAVARRIA (Titular) DU 36316438 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.521		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON FUENTES (Titular) DU 36316467 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.522		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JACQUELINE ANALIA OJEDA (Titular) DU 36316494 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.523		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE RAFAEL RIVADERO (Titular) DU 36316496 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.524		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CARLA ENRIQUEZ (Titular) DU 36316690 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.525		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ALBERTO OLIVA (Titular) DU 36316731 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.526		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA AGUSTINA GUERIN (Titular) DU 36316744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.527		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AIDA ITATI ELIAS (Titular) DU 36316753 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.528		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA BELEN GIMENEZ (Titular) DU 36316765 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.529		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BENJAMIN IVO GERMAN HOLSBACH PERALTA (Titular) DU 36316875 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.530		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN MARCORI (Titular) DU 36316926 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.531		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE AUGUSTO BILLORDO (Titular) DU 36317020 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.532		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS FERNANDO GAMBOA (Titular) DU 36317058 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.533		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN ALEJANDRO GOMEZ (Titular) DU 36317153 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.534		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELISEO WALDEMAR DIAZ (Titular) DU 36317268 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.535		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TANIA ILIANA BILLORDO (Titular) DU 36317377 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.536		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO LEDESMA (Titular) DU 36317385 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.537		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHRISTIAN MANUEL ALMIRON (Titular) DU 36317448 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.538		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA ITATI ZABALA (Titular) DU 36317452 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.539		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA DEL ROSARIO RIVAROLA MEZA (Titular) DU 36317509 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.540		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CARLOS ALVES (Titular) DU 36317632 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.541		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIANA MARIA SOLEDAD MORALES (Titular) DU 36317759 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.542		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO EXEQUIEL GONZALEZ (Titular) DU 36317798 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.543		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA LORENA QUIROZ (Titular) DU 36317870 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.544		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO PEDRO HERNAN NUÑEZ (Titular) DU 36317976 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.545		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA MARILU DUARTE (Titular) DU 36326810 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.546		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALICIA ALCARAZ (Titular) DU 36367430 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.547		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN MAYER (Titular) DU 36367831 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.548		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARD RENE GOMEZ (Titular) DU 36388128 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.549		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO HERNAN DE LA CRUZ ZACARIAS (Titular) DU 36388327 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.550		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EZEQUIEL SEGOVIA (Titular) DU 36389279 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.551		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OMAR NICOLAS PEÑA (Titular) DU 36389293 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.552		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ELIZABETH RODRIGUEZ (Titular) DU 36395379 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.553		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSE BARNASTHPOL (Titular) DU 36411514 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.554		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA ABIGAIL LINACHE (Titular) DU 36425155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.555		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL DUPRAT (Titular) DU 36445427 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.556		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO NICOLAS OLIVA (Titular) DU 36445863 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.557		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL SEBASTIAN FERNANDEZ LEZCANO (Titular) DU 36446164 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.558		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMARIS EVELYN LINING (Titular) DU 36458293 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.559		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON ARIEL CUENCA (Titular) DU 36461875 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.560		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO RAUL BENASULIN (Titular) DU 36468001 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.561		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON PABLO RAIMUNDO MANCHIAMELO (Titular) DU 36468008 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.562		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO ANDRES URBINA (Titular) DU 36468022 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.563		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DANIEL GAUNA (Titular) DU 36468323 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.564		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ANTONELLA POLETTI (Titular) DU 36468333 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.565		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO SEBASTIAN RIOTORTO (Titular) DU 36468343 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.566		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER GABRIEL DI MARTINO PALERMO (Titular) DU 36468350 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.567		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER IGNACIO MIRANDA (Titular) DU 36468373 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.568		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSA BELEN FERNANDEZ (Titular) DU 36468484 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.569		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES LUJAN BERETTA (Titular) DU 36468505 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.570		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES DALAN AGRELO GIMENEZ (Titular) DU 36468532 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.571		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO GERONIMO AGÜERO (Titular) DU 36468566 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.572		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALBERTO PINTO OPPIDO (Titular) DU 36468581 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.573		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE RAUL RAMOS MORTON (Titular) DU 36468588 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.574		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ITATI DE LOS ANGELES ESCOBAR (Titular) DU 36468660 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.575		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN DARIO ALMIRON (Titular) DU 36468685 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.576		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILLIAN RICARDO GONZALEZ (Titular) DU 36468755 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.577		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN GABRIEL ZALAZAR (Titular) DU 36468841 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.578		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA ALESSANDRA PACELLA (Titular) DU 36468889 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.579		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DAMIAN FERNANDEZ (Titular) DU 36468939 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.580		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO ALFREDO BENAVIDES (Titular) DU 36468972 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.581		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO SANTIAGO BENITEZ MIÑO (Titular) DU 36468974 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.582		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA ESTEFANIA VILLALBA (Titular) DU 36468975 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.583		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ANTONIO RAMIREZ (Titular) DU 36468985 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.584		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA VANESA ZARACHO (Titular) DU 36468986 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.585		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN DANIEL BRUNA (Titular) DU 36468988 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.586		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA ROMERO (Titular) DU 36469060 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.587		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS FERNANDO SANCHEZ DELGADO (Titular) DU 36469096 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.588		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIZA MARIBEL GONZALEZ (Titular) DU 36469274 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.589		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO RAMON VILLALVA (Titular) DU 36469365 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.590		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR DAMIAN GONZALEZ (Titular) DU 36469437 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.591		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MACHADO (Titular) DU 36469708 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.592		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO RODRIGO ECHAVARRIA (Titular) DU 36469716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.593		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FERNANDO SOLIS ROJAS (Titular) DU 36469738 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.594		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO MARCELO FABIAN CASTILLO (Titular) DU 36469869 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.595		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ESTER RODRIGUEZ (Titular) DU 36469950 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.596		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CIELO AGUSTINA VON FUCHS (Titular) DU 36472368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.597		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR EMANUEL BARTEL (Titular) DU 36473384 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.598		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIC LEONEL WINKLER HIKKILO (Titular) DU 36478583 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.599		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN IGNACIO ZINI (Titular) DU 36481972 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.600		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA MARIANA PEREZ (Titular) DU 36487335 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.601		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO GONZALO MORENO (Titular) DU 36507230 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.602		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER EDUARDO VALDIVIA (Titular) DU 36507318 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.603		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUISA MARIA SOLEDAD GARCIA (Titular) DU 36514889 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.604		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO WILSON PEDROZO (Titular) DU 36515051 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.605		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO LISANDRO RICOTTI (Titular) DU 36515079 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.606		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS FEDERICO PEREZ (Titular) DU 36515093 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.607		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID OSVALDO OJEDA (Titular) DU 36515177 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.608		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA MERCEDES RAMIREZ (Titular) DU 36515282 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.609		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDITH DEL ROSARIO MOLINA (Titular) DU 36515359 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.610		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO EMANUEL MENCIA (Titular) DU 36515506 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.611		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BELEN MARIA FLORENCIA ESCALANTE ROMERO (Titular) DU 36515707 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.612		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO NAHUEL ALMIRON (Titular) DU 36515767 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.613		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO LUNA (Titular) DU 36519064 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.614		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA DEL VALLE LEDEZMA (Titular) DU 36535912 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.615		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILTON JAVIER SEITZINGER (Titular) DU 36539769 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.616		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA BRAVO (Titular) DU 36548011 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.617		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA LORENA ARAUJO (Titular) DU 36548022 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.618		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIO BROLL (Titular) DU 36548029 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.619		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA VANESA BRUZZO (Titular) DU 36548081 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.620		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS LEANDRO SILVESTRI KIHN (Titular) DU 36548091 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.621		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ERNESTO PALACIOS (Titular) DU 36548245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.622		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO AGUSTIN FIGUEROA (Titular) DU 36548296 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.623		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARIA VEGA (Titular) DU 36548306 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.624		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIOVANNI NICOLAS SARLI PERIZZOTTI (Titular) DU 36548365 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.625		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO CLAUDIO JACOBACCI (Titular) DU 36548373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.626		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JULIO AGUIRRE (Titular) DU 36548381 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.627		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE IGNACIO SANCHEZ (Titular) DU 36548434 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.628		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN ARIEL VALLEJOS (Titular) DU 36548440 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.629		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONELLA FABIANA BARRIOS (Titular) DU 36548538 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.630		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO ANDRES ALFONSO (Titular) DU 36548772 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.631		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO RAMON SANCHEZ (Titular) DU 36548836 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.632		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SELENE ALMIRON (Titular) DU 36548930 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.633		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ALEJANDRO ROBLEDO (Titular) DU 36548944 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.634		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO DEL VALLE GOMEZ SALVADOR (Titular) DU 36548980 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.635		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA SOLEDAD AGUIRRE (Titular) DU 36549335 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.636		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTIN VIZCAYCHIPÍ (Titular) DU 36549381 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.637		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA MARIETH POTSCHKA (Titular) DU 36553448 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.638		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA SOLEDAD PALMA (Titular) DU 36559378 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.639		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EMILIA ARIAS (Titular) DU 36563788 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.640		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL ROSARIO ALONSO (Titular) DU 36573217 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.641		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA NATALI TEJERO (Titular) DU 36573398 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.642		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA JAQUELIN CORBALAN (Titular) DU 36582855 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.643		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO EMANUEL DOMINGUEZ (Titular) DU 36606400 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.644		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALEJANDRA BARRIOS (Titular) DU 36611530 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.645		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ANDREA PEGORARO (Titular) DU 36613512 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.646		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO AGUSTIN ZONI (Titular) DU 36615567 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.647		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCO RAMON SOSA (Titular) DU 36615787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.648		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ALFREDO ARRIETA (Titular) DU 36619672 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.649		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA CAROLINA RAMIREZ (Titular) DU 36625202 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.650		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO SEBASTIAN ESCOBAR (Titular) DU 36625270 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.651		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMIANO ISIDORO ROMERO (Titular) DU 36632071 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.652		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADIS RAQUEL BUSTAMANTE (Titular) DU 36641206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.653		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONICA MERCEDES BUSTAMANTE (Titular) DU 36641240 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.654		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA SOLEDAD VITTAR (Titular) DU 36641843 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.655		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EMILIO MENDOZA (Titular) DU 36645170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.656		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR FABIAN QUIJANO (Titular) DU 36673009 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.657		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA JOANA PEREIRA (Titular) DU 36673403 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.658		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO GASTON BELLANDO (Titular) DU 36673456 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.659		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA BELEN PINTO ESPINDOLA (Titular) DU 36673503 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.660		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA SOLEDAD BERMUDEZ (Titular) DU 36673521 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.661		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA JESMIN LEZCANO (Titular) DU 36673535 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.662		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO ARIEL PASIAN (Titular) DU 36673558 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.663		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSEFINA MARIANI (Titular) DU 36673592 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.664		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ALFREDO GAUTO (Titular) DU 36673615 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.665		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TATIANA ELIZABETH AST (Titular) DU 36673623 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.666		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIANA ELIZABETH GONZALEZ (Titular) DU 36673689 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.667		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELYN YANET GOMEZ (Titular) DU 36673783 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.668		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA SOLEDAD AGUIRRE (Titular) DU 36673868 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.669		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LUZ MEZA (Titular) DU 36674105 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.670		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA DAHIANA ALBERGAMO (Titular) DU 36674122 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.671		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL ALBERTO CALVO COSTA (Titular) DU 36674186 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.672		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES FALCON (Titular) DU 36674216 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.673		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAMIAN FRANCISCO RUIZ DIAS (Titular) DU 36674240 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.674		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO ENRIQUE MIGUEL FERREYRA STIVANEL(Titular) DU 36674516 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.675		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO DIMAS PETERSON (Titular) DU 36674539 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.676		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIKA GABRIELA PRADO (Titular) DU 36674567 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.677		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EZEQUIEL ESTIGARRIBIA (Titular) DU 36674576 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.678		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL SEBASTIAN PEREZ (Titular) DU 36674652 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.679		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN AUGUSTO ENRIQUE (Titular) DU 36674658 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.680		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA SOLEDAD SOTO (Titular) DU 36674666 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.681		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARA MARLENE HALL (Titular) DU 36674667 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.682		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. INDALECIO LUIS FAGUNDEZ (Titular) DU 36674720 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.683		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRYAM ELIZABETH CRISTALDO (Titular) DU 36674824 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.684		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO LUIS SOSA (Titular) DU 36674856 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.685		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO DAMIAN GOMEZ (Titular) DU 36674967 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.686		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YONATAN PABLO SANCHEZ (Titular) DU 36674992 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.687		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE SENA (Titular) DU 36675031 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.688		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ALEJANDRO CHAMORRO (Titular) DU 36675155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.689		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR IRENEO SOTO (Titular) DU 36675187 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.690		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO DABRIO (Titular) DU 36675189 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.691		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA ANABELLA INES BENITEZ (Titular) DU 36675236 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.692		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIAN AYELEN DE LOS SANTOS (Titular) DU 36675255 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.693		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EIRA CENDALI GODOY (Titular) DU 36675283 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.694		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN AGUSTIN SALINAS (Titular) DU 36675301 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.695		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA MAIDANA (Titular) DU 36675357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.696		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN AGUSTIN OLIVERA GARCIA (Titular) DU 36675466 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.697		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO HERNAN BLANCO FERNANDEZ (Titular) DU 36675579 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.698		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANAHI BELEN ROMERO (Titular) DU 36675704 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.699		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN MARIA SEOANE RIERA (Titular) DU 36675716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.700		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA NOELIA ITATI VARELA (Titular) DU 36675730 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.701		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA STEFANIA GOMEZ VARELA (Titular) DU 36675735 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.702		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA DE MICHELLI (Titular) DU 36675742 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.703		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO DAMIAN ZACARIAZ (Titular) DU 36675823 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.704		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO IVAN FLORES (Titular) DU 36675917 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.705		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA AMALIA DEL ROSARIO VERNA (Titular) DU 36675998 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.706		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN LUCIANA BAEZ (Titular) DU 36701504 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.707		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERONIMO NAHUEL GOMEZ (Titular) DU 36705084 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.708		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA ELIZABETH RAMIREZ SILVA (Titular) DU 36705124 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.709		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA BEATRIZ ESQUIVEL (Titular) DU 36705244 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.710		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO DANIEL AGUIRRE (Titular) DU 36705359 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.711		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRNA LORENA PIAZZA (Titular) DU 36705521 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.712		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA NATALI TORRICO (Titular) DU 36707682 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.713		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN JOAQUIN FLORES LACSI (Titular) DU 36710029 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.714		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA ANDREA ESQUIVEL (Titular) DU 36713824 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.715		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA ISABEL ROMERO (Titular) DU 36713861 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.716		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIULIANO PABLO OLIVA GERVASONI (Titular) DU 36713893 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.717		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGELINA BEATRIZ SOTO (Titular) DU 36717903 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.718		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS SEBASTIAN GONZALEZ (Titular) DU 36732928 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.719		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS PAEZ (Titular) DU 36733548 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.720		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GABRIEL CEREZO (Titular) DU 36733688 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.721		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTHIAN MANUEL CARDOZO (Titular) DU 36744141 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.722		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DALMA CELESTE BRITZ (Titular) DU 36744995 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.723		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MACARENA DE LOS ANGE FERNANDEZ ORTIZ (Titular) DU 36770833 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.724		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA VIVIANA GODOY (Titular) DU 36774729 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.725		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO OMAR SILVA ARMAND (Titular) DU 36774763 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.726		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO SOLEDAD ACUÑA (Titular) DU 36774915 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.727		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO GABRIEL RENE BRAVO BARRANCO (Titular) DU 36811694 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.728		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA HERNANDO AMANN (Titular) DU 36831722 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.729		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZAIRA SALOME CASTILLO (Titular) DU 36831806 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.730		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FERNANDO OJEDA (Titular) DU 36831831 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.731		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN NICOLETTI (Titular) DU 36831876 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.732		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN FEDERICO QUIROZ (Titular) DU 36833832 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.733		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO SEBASTIAN ROMERO (Titular) DU 36833994 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.734		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN AUGUSTO MONTILLA (Titular) DU 36838862 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.735		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIS CAROLINA ROMO (Titular) DU 36853399 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.736		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN ALEXANDER PAREDES (Titular) DU 36857039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.737		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILENA GIULIANA PAREDES (Titular) DU 36857070 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.738		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO WALDEMAR DE ELCORO (Titular) DU 36857098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.739		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVINA ELENA GOMEZ (Titular) DU 36857126 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.740		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO VANINA GOMEZ (Titular) DU 36857128 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.741		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELIDA ANDREA GONZALEZ (Titular) DU 36857188 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.742		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA SOLEDAD RAMIREZ (Titular) DU 36863268 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.743		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN GUILLERMO FRANCO (Titular) DU 36882941 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.744		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ARNOLDO GONZALEZ (Titular) DU 36888713 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.745		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO SEBASTIAN ORTIZ (Titular) DU 36889588 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.746		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ROXANA LEZCANO (Titular) DU 36891383 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.747		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA NOEMI VIERA (Titular) DU 36891876 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.748		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUANA MARIA AURELIA RODRIGUEZ (Titular) DU 36909094 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.749		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO ARIEL MOLINA PEREZ (Titular) DU 36909270 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.750		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO CESAR ALBERTO ZINI (Titular) DU 36909416 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.751		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES CESAR GONZALEZ VIANO (Titular) DU 36928324 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.752		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OLGA GISELLE GAROFALO (Titular) DU 36934249 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.753		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO NAHUEL BORDA (Titular) DU 36934274 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.754		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ROCIO ANABEL ROMERO (Titular) DU 36935873 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.755		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ROCIO BENITEZ (Titular) DU 36935925 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.756		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA SABRINA GAONA (Titular) DU 36935945 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.757		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JAVIER SOTELO (Titular) DU 36937167 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.758		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO DIONEL AGUIAR (Titular) DU 36952635 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.759		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ARNALDO ARCE (Titular) DU 36956288 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.760		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMUALDO ANDRES CHAVEZ (Titular) DU 36956411 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.761		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN SERGIO DANIEL OLAZAR (Titular) DU 36957904 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.762		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO FLORENCIA VARGAS (Titular) DU 36958133 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.763		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. XIMENA DAIANA GIMENEZ (Titular) DU 36958444 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.764		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN DARIO DIAZ (Titular) DU 36959229 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.765		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA YANINA GONZALEZ (Titular) DU 36959998 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.766		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL OSCAR DOMINGUEZ (Titular) DU 36960035 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.767		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO ROLANDO RAMON MOLINA (Titular) DU 36960342 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.768		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIULIANA ORNELLA KLEISINGER LORINCZ (Titular) DU 36968223 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.769		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA MARIEL DUARTE (Titular) DU 36970242 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.770		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GESSICA GISELA SILVA MOLINA (Titular) DU 36970818 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.771		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA MARIEL SANCHEZ (Titular) DU 36970838 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.772		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOE YUSEF SUAYA (Titular) DU 36970992 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.773		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE LUCIANO PARRA (Titular) DU 36971218 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.774		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO EZEQUIEL LOPEZ (Titular) DU 36971812 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.775		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALBERTO DE JESUS AMARILLA (Titular) DU 36973171 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.776		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GABRIEL PADINI (Titular) DU 36974179 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.777		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEILA TAMARA SOSA (Titular) DU 36974240 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.778		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA DAIANA BORDA (Titular) DU 36974254 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.779		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN OMAR CHEIJ (Titular) DU 36975334 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.780		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN EMANUEL BORONAT (Titular) DU 36977383 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.781		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALI MARTA CASCO (Titular) DU 36977494 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.782		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA YAMILE SOSA KOZIUK (Titular) DU 36977532 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.783		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA GABRIEL RAMIREZ (Titular) DU 36977536 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.784		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO NAHUEL QUINTANA (Titular) DU 36979195 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.785		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ERNESTO QUINTANA (Titular) DU 36979196 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.786		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA ELIZABET PEREYRA (Titular) DU 36979354 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.787		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA TRINIDAD BELEN MEDINA (Titular) DU 36980325 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.788		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ARACELI RIBARIK (Titular) DU 36980564 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.789		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANTONIO SOTO (Titular) DU 36989557 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.790		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN YAMILA GONZALEZ (Titular) DU 36989697 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.791		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO NAHUEL VALENTINOTTI (Titular) DU 36989774 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.792		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO SCHERF (Titular) DU 36989814 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.793		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA EVANGELINA MONTAÑO (Titular) DU 36989824 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.794		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA PAOLA VALLEJOS (Titular) DU 36989866 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.795		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA MICAELA BRITES (Titular) DU 37007474 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.796		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA SILVA (Titular) DU 37042553 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.797		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO IGNACIO MENDEZ (Titular) DU 37043017 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.798		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN NESTOR ROLANDO RAMIREZ (Titular) DU 37043077 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.799		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR DANIEL LUNA (Titular) DU 37043092 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.800		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLA ITATI SANCHEZ (Titular) DU 37043142 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.801		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANA ITATI GOMEZ (Titular) DU 37043564 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.802		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MYRNA ANA MARIA PALACIO (Titular) DU 37043614 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.803		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS IGNACIO MEZA (Titular) DU 37043696 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.804		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA MARLENE ADDY CARDOZO (Titular) DU 37044040 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.805		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGAR WILFREDO GARCIA (Titular) DU 37044289 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.806		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA SILVINA FERNANDEZ (Titular) DU 37044568 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.807		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EMILIO PRICHINICH MARINICH (Titular) DU 37046162 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.808		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS YAMIL TORRES (Titular) DU 37061473 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.809		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA MENDIBURU ELIAS (Titular) DU 37061593 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.810		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA MONSERRAT DE LOS REYES (Titular) DU 37062011 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.811		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL NICOLAS MENDEZ (Titular) DU 37062019 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.812		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE CARLOS CHAMORRO RAMIREZ (Titular) DU 37062128 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.813		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO MAXIMILIANO NAVARRETE (Titular) DU 37062159 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.814		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN DARIO MORALES (Titular) DU 37062187 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.815		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANSELMO DARIO MEZA (Titular) DU 37062286 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.816		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO DE JESUS MEZA WAKAHAYASHI (Titular) DU 37062451 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.817		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO MAXIMILIANO BURGOS (Titular) DU 37062517 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.818		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DESIREE GRISELDA VIRASORO (Titular) DU 37062539 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.819		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA JESSICA NEREA ACEVEDO MUÑIZ (Titular) DU 37062704 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.820		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ELIZABETH AGUIRRE (Titular) DU 37062705 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.821		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO GASPAR BARRIOS CALATHAKI (Titular) DU 37062709 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.822		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO FRANCISCO ZABERT (Titular) DU 37062714 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.823		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICHARD ALEXANDER CABRAL (Titular) DU 37062738 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.824		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAUL DANIEL GOMEZ (Titular) DU 37062870 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.825		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELENA ESTEFANIA REYES (Titular) DU 37062984 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.826		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA DALMA SANCHEZ (Titular) DU 37063164 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.827		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUTH MELISA LUXEN (Titular) DU 37063313 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.828		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA ANTONELLA VANDECAVEYE (Titular) DU 37063375 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.829		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO MAXIMILIANO ACEBAL (Titular) DU 37063451 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.830		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OVIDIO FEDERICO QUIROZ (Titular) DU 37063462 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.831		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO IVAN ZOLOAGA (Titular) DU 37063469 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.832		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRIZIO HABERLE SCOFANO (Titular) DU 37063494 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.833		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR HUGO DEMARCHI (Titular) DU 37063817 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.834		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS GUILLERMO FERNANDEZ CODAZZI (Titular) DU 37064793 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.835		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN EXEQUIEL ESPINDOLA CEBALLOS (Titular) DU 37064906 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.836		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO AUGUSTO GONZALEZ (Titular) DU 37064984 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.837		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO AGUSTIN GRANADO (Titular) DU 37064995 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.838		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES EXEQUIEL TROCCOLI (Titular) DU 37065419 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.839		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTA ISABEL REAL (Titular) DU 37065435 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.840		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA ANDREA ACEVEDO (Titular) DU 37065444 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.841		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO JOAQUIN QUIJANO (Titular) DU 37065493 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.842		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO NORBERTO CABALLERO (Titular) DU 37069224 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.843		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LISANDRO NICOLAS IBARRA ZLACHEVSKY (Titular) DU 37070322 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.844		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN SOLIS VERON (Titular) DU 37070572 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.845		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DAVID AGUIRRE (Titular) DU 37070913 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.846		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS OMAR DOLZANI (Titular) DU 37074282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.847		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA CENTENO (Titular) DU 37083146 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.848		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANET GABRIELA FRANCO (Titular) DU 37109783 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.849		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA ELIZABET MEDINA (Titular) DU 37110226 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.850		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANELA ELIZABETH ALEGRE (Titular) DU 37110335 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.851		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN NICOLAS SPYRIDACOS (Titular) DU 37110814 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.852		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA FLORENCIA GOMEZ GALLIPOLITI (Titular) DU 37112543 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.853		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA VANINA GOT (Titular) DU 37112625 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.854		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO ALBERTO GUERRA (Titular) DU 37112626 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.855		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO VARGAS (Titular) DU 37113182 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.856		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL ANDRES ROMERO (Titular) DU 37115860 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.857		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO FEDERICO STEMBERG (Titular) DU 37116798 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.858		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS HORACIO LIMA (Titular) DU 37122758 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.859		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN RUBEN AGOLTI (Titular) DU 37155717 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.860		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID GABRIEL ESPINDOLA (Titular) DU 37155759 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.861		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS EZEQUIEL ANGELICO (Titular) DU 37156337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.862		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARNALDO DAVID ROMERO (Titular) DU 37157329 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.863		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA MARISOL MOLINA (Titular) DU 37157428 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.864		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OMAR NICOMEDES SAUCEDO (Titular) DU 37157524 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.865		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NICOLAS VARGAS (Titular) DU 37157604 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.866		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ATAHUALPA ROJAS (Titular) DU 37157621 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.867		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AGOSTINA LUGO (Titular) DU 37157655 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.868		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERALDINE MIZDRAJI (Titular) DU 37157750 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.869		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA FABIANA SUAREZ (Titular) DU 37157795 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.870		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO FABIAN LOPEZ (Titular) DU 37157797 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.871		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN GABRIEL LUGO (Titular) DU 37168316 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.872		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA ITATI ROMERO (Titular) DU 37169483 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.873		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL EDUARDO SANCHEZ (Titular) DU 37169568 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.874		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA CAROLINA LUTZ (Titular) DU 37170129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.875		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES IVANA CUBILLA (Titular) DU 37182944 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.876		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS FRANCO DAMIAN GAMARRA (Titular) DU 37182949 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.877		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL OMAR ROJAS (Titular) DU 37183054 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.878		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID EXEQUIEL ACEVEDO (Titular) DU 37183055 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.879		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA LUJAN ESCOBAR (Titular) DU 37183154 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.880		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO NICOLAS SALINAS (Titular) DU 37183166 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.881		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DAVID FALCON (Titular) DU 37183337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.882		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA JIMENA MONTAÑA (Titular) DU 37207335 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.883		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ADOLFO ROMERO (Titular) DU 37210712 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.884		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL ROSARIO GALARZA (Titular) DU 37210715 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.885		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA RAQUEL CORREA (Titular) DU 37219463 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.886		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA MAGALI KRUYENISKI (Titular) DU 37221509 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.887		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA FERNANDEZ MERLO (Titular) DU 37244880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.888		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL CARMEN QUINODOZ (Titular) DU 37244932 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.889		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN ORTIZ PEREIRA (Titular) DU 37244953 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.890		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EZEQUIEL GOMEZ NANNI (Titular) DU 37262617 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.891		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZULEMA ANTONELA AMADIO (Titular) DU 37282093 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.892		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA ROCIO BRET (Titular) DU 37288675 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.893		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA MOSCI (Titular) DU 37322893 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.894		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL ZACARIAS (Titular) DU 37322965 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.895		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NALLMA BELEN RODRIGUEZ (Titular) DU 37323079 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.896		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ALEJANDRO MARTINEZ (Titular) DU 37324080 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.897		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO IVAN LOPEZ (Titular) DU 37324178 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.898		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL OSCAR ACEVEDO DUPRAT (Titular) DU 37324214 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.899		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESUS JUAN JOSE MARTINEZ (Titular) DU 37324815 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.900		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA GONZALEZ (Titular) DU 37325673 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.901		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO JAVIER GOMEZ LISARDIA (Titular) DU 37326511 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.902		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA ROCIO GILLES (Titular) DU 37326531 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.903		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO URGO (Titular) DU 37326775 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.904		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA NOEMI GIMENEZ (Titular) DU 37327005 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.905		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOEMI MARIANA BARUZZO (Titular) DU 37327063 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.906		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA VALLEJOS SCHULZE (Titular) DU 37327075 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.907		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO AVILA (Titular) DU 37327175 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.908		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISELDA BEATRIZ CARDOZO (Titular) DU 37327206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.909		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. INOCENCIA LEONELA ROMERO (Titular) DU 37327221 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.910		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NERY JACOBO MIZDRAJI (Titular) DU 37327232 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.911		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO RIVAS (Titular) DU 37327289 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.912		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL KEVIN NOIR AGUILAR (Titular) DU 37327324 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.913		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO FRANCISCO BUTIUK (Titular) DU 37327351 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.914		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ANTONIO PONCE (Titular) DU 37327386 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.915		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GASTON GONZALEZ (Titular) DU 37327395 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.916		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR GABRIEL RABADAN (Titular) DU 37327418 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.917		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ALEJANDRO MIRANDA PINDO (Titular) DU 37327492 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.918		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL SANTOS OJEDA (Titular) DU 37327634 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.919		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO DE DIOS FRETTE (Titular) DU 37327774 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.920		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO DANIEL RODRIGUEZ (Titular) DU 37327908 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.921		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YVONNE BELEN ACOSTA (Titular) DU 37327912 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.922		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL EDUARDO GIMENO (Titular) DU 37327946 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.923		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ANIBAL EMANUEL PROZ (Titular) DU 37328204 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.924		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA DAIANA DORNELL (Titular) DU 37328245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.925		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ARIEL INSAURRALDE (Titular) DU 37336023 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.926		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES DEL ROSARIO SOSA PORTILLO (Titular) DU 37391172 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.927		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO ANDRES SOLIS (Titular) DU 37391194 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.928		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA ITATI BARRIOS (Titular) DU 37391251 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.929		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANNA STEPHANIA WILKOWSKI (Titular) DU 37391322 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.930		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS EZEQUIEL GIMENEZ (Titular) DU 37391341 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.931		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA NADIR RAMIREZ (Titular) DU 37391356 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.932		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALUZ DAIANA DAHLQUIST ARANA (Titular) DU 37391433 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.933		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO BENJAMIN ARMOA (Titular) DU 37391444 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.934		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO ANTONIO GOMEZ BAEZ (Titular) DU 37391714 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.935		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO EMANUEL BALBUENA (Titular) DU 37391772 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.936		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS ROMERO (Titular) DU 37391778 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.937		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN ESTEBAN RIVERA ROVIRA (Titular) DU 37392023 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.938		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA CHELINA QUINTANA (Titular) DU 37392030 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.939		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA LUCRECIA ITATI SANCHEZ (Titular) DU 37392083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.940		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA MARIANA PONCE (Titular) DU 37392292 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.941		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELIN GISEL MONZON (Titular) DU 37392327 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.942		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO ABEL GODOY (Titular) DU 37392334 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.943		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO ERALDO RAMON CENTURION (Titular) DU 37392536 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.944		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIAN MAGALI PAIBA (Titular) DU 37392632 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.945		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA CAROLINA ROLON (Titular) DU 37392711 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.946		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA BEATRIZ GOMEZ (Titular) DU 37392712 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.947		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN ALEJANDRO GONZALEZ (Titular) DU 37392762 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.948		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL ROSARIO PELOSO TAJAN (Titular) DU 37392776 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.949		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA LAURA LUJAN (Titular) DU 37392796 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.950		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA NEREA BRUNO (Titular) DU 37392879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.951		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CLARA GONZALEZ (Titular) DU 37392904 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.952		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS FEDERICO MARTIN ACOSTA (Titular) DU 37392936 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.953		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO EMMANUEL QUINTANA (Titular) DU 37392944 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.954		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN CRUZ CORONEL (Titular) DU 37392964 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.955		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA VICTORIA OBREGON (Titular) DU 37392982 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.956		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA MARCELA MARTINEZ (Titular) DU 37393229 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.957		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FERNANDO VERA DUARTE (Titular) DU 37393251 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.958		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL IVAN RAMOS (Titular) DU 37393277 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.959		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN NICOLAS CONTRERAS (Titular) DU 37393282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.960		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDIS ADOLFO MARTINI (Titular) DU 37393391 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.961		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALFONSO DE LA CRUZ VIDAL (Titular) DU 37393399 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.962		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO LUIS AGUIRRE (Titular) DU 37393603 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.963		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO MAXIMILIANO BACIGALUPPE (Titular) DU 37393631 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.964		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIO NICOLAS FERNANDEZ (Titular) DU 37393678 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.965		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PIERINA DANIELA REGUERA (Titular) DU 37393913 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.966		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL ALEJANDRO ACEVEDO (Titular) DU 37393962 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.967		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALBERTO OZUNA (Titular) DU 37394101 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.968		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO AGUSTIN ESTIGARRIBIA (Titular) DU 37394147 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.969		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LISET LEZCANO (Titular) DU 37394159 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.970		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN IGNACIO DE JESUS OLVANO (Titular) DU 37394162 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.971		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA CECILIA FRIAS (Titular) DU 37394221 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.972		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTHIAN NICOLAS KUPEC (Titular) DU 37394223 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.973		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL SEBASTIAN JONUSAS (Titular) DU 37394245 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.974		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CELESTE VALLEJOS (Titular) DU 37394249 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.975		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO RUIZ DIAZ (Titular) DU 37394314 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.976		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA PAULA ALDERETE TENASCHUK (Titular) DU 37394324 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.977		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ELIZABETH PAEZ VILLALVA (Titular) DU 37394327 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.978		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MALENA CLARA TRULLS (Titular) DU 37394351 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.979		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER DANIEL LAFUENTE (Titular) DU 37394384 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.980		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON ADOLFO GOMEZ (Titular) DU 37394407 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.981		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO GOMEZ (Titular) DU 37394418 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.982		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA VERONICA RAIMUNDO MANCHIAMELO (Titular) DU 37394438 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.983		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA BEATRIZ DOMINGUEZ (Titular) DU 37394441 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.984		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO RUBEN RUJANA (Titular) DU 37394489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.985		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN RAMON ANDRES GAUNA GOMEZ (Titular) DU 37394544 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.986		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA INES MAIDANA (Titular) DU 37394606 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.987		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESICA ESTER MORALES (Titular) DU 37394792 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.988		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR FABIAN ROJAS (Titular) DU 37394879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.989		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN DAVID ROUVIER (Titular) DU 37407087 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.990		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELYN DAIANA SNAIDER (Titular) DU 37407277 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.991		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA ARACELI MERCADO GARIBOGLIO (Titular) DU 37408174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.992		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ENRIQUE DIAZ (Titular) DU 37408239 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.993		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA EVELYN LUQUE (Titular) DU 37408242 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.994		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CALEB ALVARADO (Titular) DU 37415224 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.995		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO DANIEL MAIDANA (Titular) DU 37426202 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.996		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE BELEN RIVERO (Titular) DU 37426341 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.997		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR LUIS LUQUE (Titular) DU 37426368 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.998		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO EZEQUIEL OSUNA (Titular) DU 37426400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
1.999		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRACIELA NOEMI OJEDA (Titular) DU 37427206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.000		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES SERVIN (Titular) DU 37427267 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.001		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO VALLEJOS (Titular) DU 37427820 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.002		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO ALBERTO ALMIRON (Titular) DU 37427853 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.003		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA LIDIA ROMAN (Titular) DU 37427983 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.004		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA ANTONELLA VITALONI (Titular) DU 37428135 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.005		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA BERTRAN (Titular) DU 37428151 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.006		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN FRANCISCO SEVERINI (Titular) DU 37428420 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.007		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO FRAGA (Titular) DU 37428631 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.008		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS MIGUEL DUARTE (Titular) DU 37429640 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.009		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA GAUNA (Titular) DU 37430110 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.010		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON ALFREDO ARCE ACOSTA (Titular) DU 37430241 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.011		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN GABRIEL ZALAZAR (Titular) DU 37430568 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.012		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO GABRIEL PINDO (Titular) DU 37437186 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.013		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO DAMIAN BENITEZ (Titular) DU 37444453 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.014		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER DAVID BORDON (Titular) DU 37444515 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.015		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELIN DIANA GUASTAVINO CALATHAKI (Titular) DU 37444573 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.016		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO NICOLAS SOLIZ (Titular) DU 37453901 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.017		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE GABRIEL STECKLER (Titular) DU 37460535 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.018		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ALBERTO OTT (Titular) DU 37461197 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.019		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA BANEGAS (Titular) DU 37466098 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.020		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ELISABET AYALA (Titular) DU 37466121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.021		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROXANA BEATRIZ QUINTANA (Titular) DU 37467565 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.022		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARINA GABRIELA DE LOS ANGELES BARRIOS G(Titular) DU 37467601 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.023		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA NARCISA VALENZUELA (Titular) DU 37467606 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.024		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN IGNACIO ZARACHO (Titular) DU 37468234 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.025		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO MIGUEL NUNIN (Titular) DU 37468360 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.026		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELYN STEFANIA PIAT (Titular) DU 37469244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.027		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO JOAQUIN BENITEZ (Titular) DU 37469291 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.028		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN MAEDER (Titular) DU 37469449 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.029		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PALOMA DIAZ NAVARRO (Titular) DU 37469614 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.030		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA ROMINA STACUL (Titular) DU 37469658 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.031		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN JOSE OBREGON (Titular) DU 37469932 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.032		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA YSABEL SOSA (Titular) DU 37471234 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.033		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANA EVELIN AYALA (Titular) DU 37471373 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.034		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EXEQUIEL MIGUEL AGUERO (Titular) DU 37471416 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.035		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OLIVIO AUGUSTO BERTOTTO (Titular) DU 37472697 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.036		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL MAC LEAN TROCHE (Titular) DU 37479462 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.037		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO MATIAS ORTIZ (Titular) DU 37534446 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.038		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO ANDRES ACOSTA (Titular) DU 37534711 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.039		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA AYELEN JARA (Titular) DU 37579443 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.040		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA ANDREA GRITTI (Titular) DU 37582179 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.041		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ITATI VALLEJOS (Titular) DU 37585153 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.042		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS DE LA CRUZ FERNANDEZ (Titular) DU 37585156 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.043		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EZEQUIEL ALMIRON (Titular) DU 37585226 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.044		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVA MARIA RAMIREZ (Titular) DU 37585280 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.045		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO SEBASTIAN BAEZ (Titular) DU 37585499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.046		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA ESTEFANIA ALARCON (Titular) DU 37585519 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.047		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANA MAGALI ZACARIAS (Titular) DU 37585542 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.048		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA ELIZABETH BARRIOS (Titular) DU 37585642 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.049		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO MEZA (Titular) DU 37585690 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.050		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO JUAN BAUTISTA VERA (Titular) DU 37585785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.051		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO WALTER MEZA (Titular) DU 37585845 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.052		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES AIMARA RIVERO (Titular) DU 37585992 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.053		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO JAVIER RAMIREZ (Titular) DU 37586294 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.054		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO BERTA (Titular) DU 37587053 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.055		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA ALEJANDRA MONTOYA (Titular) DU 37587841 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.056		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO EMMANUEL VILLALBA (Titular) DU 37588491 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.057		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA LISET KRATOCHVIL (Titular) DU 37588846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.058		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ALEJANDRO SALERNO (Titular) DU 37589155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.059		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA MAGALI PANTICH (Titular) DU 37589262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.060		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANIA ALICIA ULIBARRIE (Titular) DU 37592477 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.061		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA HILEN MARCON (Titular) DU 37592585 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.062		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA CAROLINA SILVA (Titular) DU 37593958 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.063		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO LENTIJO (Titular) DU 37594092 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.064		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA ROMINA RAMIREZ (Titular) DU 37594333 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.065		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID EMANUEL GONZALEZ ESCOBAR (Titular) DU 37594383 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.066		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTHIAN GERARDO SANDOVAL (Titular) DU 37594466 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.067		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO MAXIMILIANO GONZALEZ (Titular) DU 37594599 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.068		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL MATIAS FRANCO QUIROZ (Titular) DU 37595112 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.069		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO RAMON OMAR ROSSI (Titular) DU 37595537 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.070		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON NICOLAS RODRIGUEZ OJEDA (Titular) DU 37595990 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.071		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISELDA NATALIA SOTELO (Titular) DU 37597268 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.072		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA GABRIELA ANRRIQUEZ (Titular) DU 37683709 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.073		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA BORDON (Titular) DU 37683718 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.074		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO DUARTE BALATORRE (Titular) DU 37689086 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.075		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA MILENA PARRA (Titular) DU 37690674 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.076		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO ESQUIVEL SOSA (Titular) DU 37691650 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.077		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TATIANA MACARENA EVELIN PONCE (Titular) DU 37692249 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.078		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLE GRISEL ANGELI (Titular) DU 37692318 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.079		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO ANDRES COSTA (Titular) DU 37692960 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.080		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ALEJANDRO ARAPAYU (Titular) DU 37697977 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.081		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIC ISMAEL OJEDA (Titular) DU 37698014 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.082		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ADOLFO SILVERO (Titular) DU 37698022 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.083		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS JUAN IGNACIO VILLALVA (Titular) DU 37698055 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.084		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA ZULEMA GOMEZ (Titular) DU 37698195 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.085		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO EMANUEL GONZALEZ (Titular) DU 37698288 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.086		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EZEQUIEL COSTA MERLO (Titular) DU 37698397 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.087		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GABRIEL GOMEZ (Titular) DU 37698551 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.088		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GASTON SILVA DEL VALLE (Titular) DU 37698584 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.089		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA LAZO (Titular) DU 37698627 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.090		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PASCUAL PARISI (Titular) DU 37698644 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.091		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA MICAELA RAMIREZ (Titular) DU 37698722 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.092		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS GABRIEL ROIG (Titular) DU 37703803 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.093		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA RABOSI (Titular) DU 37703863 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALAS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.094		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GEORGINA ALICIA SPIZZO (Titular) DU 37703928 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.095		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO ANDRES HOLLENBACH KOZAR (Titular) DU 37703941 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.096		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO TOMAS COLOMBO JOFRE (Titular) DU 37704233 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.097		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA CASALI (Titular) DU 37704383 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.098		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA ALEJANDRA CASCANT (Titular) DU 37707614 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.099		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONELLA AQUINO (Titular) DU 37708559 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.100		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ANAHI POELSTRA (Titular) DU 37718629 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.101		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NAHUEL PEREIRA (Titular) DU 37747894 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.102		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA MARISOL GALAIN GARCIA (Titular) DU 37757371 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.103		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO ANDRES CONTARDI CABRAL CASTELLA(Titular) DU 37771578 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.104		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GABRIEL MOLTENI MORALES (Titular) DU 37771710 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.105		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN LEONEL FRANCO RUBCICH (Titular) DU 37771755 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.106		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIEL EMANUEL AVALOS (Titular) DU 37773607 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.107		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO MAXIMILIANO MATO (Titular) DU 37793007 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.108		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TERESITA DAIANA MAGALI FERNANDEZ (Titular) DU 37793271 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.109		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA ESTER ZAPATA (Titular) DU 37795453 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.110		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ADRIAN BARRERA (Titular) DU 37795993 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.111		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR IGNACIO ROSALES (Titular) DU 37796011 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.112		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA GIMENA ROSALEZ (Titular) DU 37796088 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.113		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA BELEN PELOSO (Titular) DU 37796167 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.114		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIEL LUIS TOMBETTA (Titular) DU 37796196 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.115		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON MARTIN SOSA (Titular) DU 37796363 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.116		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MALENA PUGLIESE (Titular) DU 37796380 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.117		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO MARTIN SEVILLA (Titular) DU 37796509 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.118		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA MARIEL GARCIA (Titular) DU 37796605 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.119		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERICK ADRIEL VAERNET (Titular) DU 37796660 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.120		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANDRES CARRUTHERS (Titular) DU 37796754 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.121		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MAXIMILIANO ALEGRE (Titular) DU 37796781 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.122		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN CRUZ ACEVEDO DUPRAT (Titular) DU 37796854 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.123		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS JAVIER MINA (Titular) DU 37796966 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.124		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER ARIEL DOMINGUEZ BONNET (Titular) DU 37799537 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.125		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES MARILIN MOYANO (Titular) DU 37799801 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.126		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALCIDES IVAN GONZALEZ PUCZKO (Titular) DU 37800089 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.127		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA ALEJANDRA MARTINEZ (Titular) DU 37800129 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.128		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA REBECA LOPEZ (Titular) DU 37800219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.129		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO JESUS ANTONIO LOPEZ (Titular) DU 37800414 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.130		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ORLANDO MIRANDA (Titular) DU 37800807 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.131		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO HERNAN ORUE ARGUELLO (Titular) DU 37800835 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.132		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE MARIA ANTONELLA ENRIQUEZ (Titular) DU 37800852 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.133		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EDUARDO ROMAN (Titular) DU 37800860 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.134		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANELA LUJAN WILDEMER (Titular) DU 37800881 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.135		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PRISCILA ANTONELLA FERNANDEZ (Titular) DU 37803833 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.136		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORIANA CARLA ANTONIA LOPEZ (Titular) DU 37809419 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.137		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JIMENA SORAYA TORREANI CACERES (Titular) DU 37809444 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.138		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EMANUEL SANDOVAL (Titular) DU 37809646 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.139		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA GISEL ARCE (Titular) DU 37809696 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.140		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR CEFERINO ROMERO (Titular) DU 37809879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.141		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA ITATI RODRIGUEZ (Titular) DU 37809958 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.142		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE OMAR RODRIGUEZ (Titular) DU 37810035 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.143		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ANTONIO CHAVEZ (Titular) DU 37810084 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.144		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN ALBERTO FRIAS (Titular) DU 37810119 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.145		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOLEDAD CRISTINA VILLAGRA (Titular) DU 37810130 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.146		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO VALLEJO (Titular) DU 37810153 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.147		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VIRGINIA MACHUCA (Titular) DU 37810198 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.148		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ASUNCION ROBERTO IGNACIO AVALOS (Titular) DU 37810209 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.149		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIA MARIELA ROMERO (Titular) DU 37810216 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.150		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA MEZA (Titular) DU 37810243 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.151		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ALEJANDRO GALARZA (Titular) DU 37810253 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.152		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELA ROCIO RODRIGUEZ (Titular) DU 37810257 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.153		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA LUJAN LOPEZ (Titular) DU 37812201 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.154		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA AGOSTINA LUGER (Titular) DU 37815550 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.155		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA DAIANA VALLEJOS TORRES (Titular) DU 37821343 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.156		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA XIMENA ARIZAGA (Titular) DU 37826581 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.157		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANA MARLENE VISCONTI (Titular) DU 37828957 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.158		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILENA CAROLINA ZAGO (Titular) DU 37855444 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.159		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA BELEN TULIAN (Titular) DU 37855646 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.160		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIO BIANCARDI (Titular) DU 37881098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.161		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID EMMANUEL NICOLETTI (Titular) DU 37881147 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.162		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS HERNAN LAFORCADA (Titular) DU 37881735 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.163		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DENIS IVAN TOMOFF (Titular) DU 37881776 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.164		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA ALDANA FERNANDEZ (Titular) DU 37882781 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.165		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ANTONIO MALDONADO (Titular) DU 37883315 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.166		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO ADRIAN FERRINI (Titular) DU 37883502 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.167		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLORIA MIGUELINA ROMERO (Titular) DU 37883520 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.168		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR ESTEBAN MENDEZ (Titular) DU 37883530 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.169		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADAN JAVIER ACEVEDO (Titular) DU 37883673 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.170		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ROSANA MOLINA (Titular) DU 37883746 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.171		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA YAQUELIN LEZCANO (Titular) DU 37883763 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.172		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ALBERTO GALEANO PARED (Titular) DU 37883790 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.173		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVERT IVAN ARMOA (Titular) DU 37883883 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.174		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAHIANA MICA DUARTE FARQUARSON ROUSEEAU (Titular) DU 37883931 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.175		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATASHA MONSERRAT CORVALAN (Titular) DU 37883937 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.176		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO MATHIAS CABRAL SANTA JULIANA (Titular) DU 37884013 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.177		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA LUCIANA RAUSCH (Titular) DU 37884268 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.178		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIO FACUNDO LEZCANO (Titular) DU 37884919 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.179		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO MARCOS ANTONIO PAVON (Titular) DU 37885720 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.180		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTELA ROSA JARA (Titular) DU 37885734 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.181		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS AGUSTIN CABRAL (Titular) DU 37885752 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.182		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN IGNACIO PEREZ (Titular) DU 37885780 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.183		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN GONZALO COLLAR (Titular) DU 37885784 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.184		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO WALTERIO WIEDMANN (Titular) DU 37885812 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.185		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANTONIO ROMERO (Titular) DU 37885823 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.186		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO RUBEN LEDESMA (Titular) DU 37885900 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.187		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA KATHERINA SILVA (Titular) DU 37885945 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.188		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA ALEJANDRA PEREZ (Titular) DU 37885955 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.189		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAMUEL ALBERTO CHAVEZ (Titular) DU 37886215 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.190		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO MIGUEL BRUSSA ACOSTA (Titular) DU 37886250 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.191		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL EDUARDO POLISCHUK COLUNGA (Titular) DU 37886254 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.192		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE CARLOS ALEGRE ACEVEDO (Titular) DU 37886266 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.193		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIADNA ALEJANDRA PALACIOS (Titular) DU 37886296 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.194		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS EZEQUIEL LAGARDE (Titular) DU 37886788 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.195		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LORENA MARASSI (Titular) DU 37886922 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.196		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALBERTO QUINTANA (Titular) DU 37886986 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.197		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA MABEL ALVAREZ (Titular) DU 37887206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.198		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID ARIEL SEGOVIA (Titular) DU 37887231 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.199		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA PAOLA FERNANDEZ (Titular) DU 37887632 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.200		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ILUCINA SENA (Titular) DU 37887751 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.201		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA CAMILA RAMONA BERTA GOVI (Titular) DU 37888267 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.202		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO AGUSTIN ROMERO (Titular) DU 37888491 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.203		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA SABRINA FERNANDEZ (Titular) DU 37888598 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.204		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL CARMEN CUBILLA (Titular) DU 37889119 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.205		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO JOAQUIN CACERES ALCANTRE (Titular) DU 37889123 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.206		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA NOEMI RODRIGUEZ (Titular) DU 37889145 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.207		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO DANIEL LEIVA (Titular) DU 37889222 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.208		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ROCIO FLORES (Titular) DU 37889352 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.209		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA STEFANIA ITATI ZALAZAR (Titular) DU 37889393 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.210		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MIGUEL BORDON (Titular) DU 37889401 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.211		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA TATIANA PEDROZO (Titular) DU 37889414 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.212		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBA LEZCANO FERNANDEZ (Titular) DU 37889423 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.213		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS RODOLFO ZANUTTI (Titular) DU 37889463 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.214		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN IGNACIO FRUNCIERI ESPAÑA (Titular) DU 37889485 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.215		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ANDRES RODRIGUEZ (Titular) DU 37889524 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.216		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN GABRIEL FERREYRA (Titular) DU 37889646 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.217		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL NICOLAS VECHIA (Titular) DU 37890499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.218		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBANO VIZCAYCHIPI (Titular) DU 37890595 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.219		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO NICOLAS BARRIENTOS (Titular) DU 37891085 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.220		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEJANDRO BORDA (Titular) DU 37891161 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.221		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO ARTURO NIGRO CARRIERE (Titular) DU 37891241 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.222		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SOFIA PALACIOS (Titular) DU 37891277 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.223		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ARIEL CASTILLO GOMEZ (Titular) DU 37891331 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.224		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO LUIS AVALOS (Titular) DU 37891404 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.225		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA YESICA ALFONSO (Titular) DU 37891410 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.226		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA EVELYN MONZON DABRIO (Titular) DU 37891434 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.227		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN ERIC HERTLER (Titular) DU 37891482 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.228		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUMESILDA ELIANA ALEGRE (Titular) DU 37892120 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.229		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA JOSEFINA TRIBBIA (Titular) DU 37892560 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.230		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA BELEN LANDEYRA LACALLE (Titular) DU 37904130 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.231		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA AJPEN ANNEN FONSECA (Titular) DU 37909025 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.232		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FREDERIK ALEXIS JORDAN MORA CONTRERA (Titular) DU 37909873 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.233		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO DE JESUS LIN (Titular) DU 37910172 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.234		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO ORLANDO LOPEZ (Titular) DU 37910881 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.235		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MAXIMILIANO GIMENEZ (Titular) DU 37911015 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.236		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS GUALBERTO AVALOS (Titular) DU 37911478 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.237		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN MONTOYA (Titular) DU 37911744 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.238		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO ELIAS HAURELUK (Titular) DU 37970810 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.239		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR RODRIGO CANDIA (Titular) DU 37973433 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.240		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL GUSTAVO SALINAS (Titular) DU 37973568 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.241		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN DANIEL ZIMMERMANN (Titular) DU 37974175 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.242		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO DANIEL FLEITAS (Titular) DU 37974192 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.243		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ANTONELA BUYATTI (Titular) DU 37975104 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.244		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ANDREA PAOLO (Titular) DU 38006906 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.245		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DALMA NEREA ARMUA (Titular) DU 38025882 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.246		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN JAVIER IMBROSIANO (Titular) DU 38030138 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.247		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN MATIAS LABANDOCZKA (Titular) DU 38039874 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.248		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS MARTIN BUSY (Titular) DU 38047723 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.249		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO EMILIANO LESCANO (Titular) DU 38048052 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.250		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BARBARA DALIANA LOPEZ (Titular) DU 38057330 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.251		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS NICOLAS ENCINA (Titular) DU 38071747 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.252		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO ESTEBAN VALENZUELA (Titular) DU 38088939 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.253		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO ARMANDO ACEVEDO (Titular) DU 38121340 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.254		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ANDRES PEZZELATO (Titular) DU 38132256 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.255		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO FEDERICO PICCOLI (Titular) DU 38135114 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.256		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA DAIANA HUBER (Titular) DU 38136721 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.257		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ENRIQUE CHICO (Titular) DU 38137789 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.258		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL RUBEN COLUNGA (Titular) DU 38138381 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.259		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA KAREN JARA (Titular) DU 38140991 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.260		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES STEFANIA DUARTE (Titular) DU 38141366 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.261		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARACELI BENITEZ (Titular) DU 38147626 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.262		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN NICOLAS DUARTE (Titular) DU 38170436 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.263		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANA MARIA VICTORIA TOMASSI (Titular) DU 38171044 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.264		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN AGUSTIN SOSA (Titular) DU 38176588 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.265		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ANIBAL ROSLER (Titular) DU 38188161 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.266		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO JOSE LUIS GIMENEZ (Titular) DU 38189080 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.267		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIK LEONEL SCHPEIR (Titular) DU 38190632 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.268		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA PAULA CUZZIOL BOCCIONI (Titular) DU 38190871 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.269		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA CAROLINA FOCHESTATTO (Titular) DU 38191421 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.270		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO HERNAN MAYANS COSTADONI (Titular) DU 38191448 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.271		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ELIAS VAZQUEZ (Titular) DU 38192038 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.272		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOLEDAD AGUILAR (Titular) DU 38192502 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.273		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO HORACIO ESQUIVEL GOMEZ (Titular) DU 38193233 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.274		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERICA DANISA SPINNENHIRN (Titular) DU 38194859 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.275		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN AMILEK CZUMADEWSKI (Titular) DU 38195009 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.276		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DRAGOMIR RAICEVICH (Titular) DU 38195900 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.277		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA ALEJANDRA MAIDANA (Titular) DU 38197454 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.278		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA ANYELA VINCENTI (Titular) DU 38198068 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.279		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO JOSE MARTINEZ LAURITTO (Titular) DU 38233743 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.280		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES TOGNOLA (Titular) DU 38233747 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.281		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO RAMON MUÑOZ (Titular) DU 38233797 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.282		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DESIRE MARGARITA DEL CARMEN ESCOBAR (Titular) DU 38234003 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.283		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN REINALDO SANTIN (Titular) DU 38234074 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.284		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO CATRIEL BOSCH (Titular) DU 38234093 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.285		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHIARA SOLEDAD BARNECHEA (Titular) DU 38234412 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.286		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ANDRES FEDRIGO MEABE (Titular) DU 38234462 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.287		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OMAR FEDERICO ESPINDOLA (Titular) DU 38234499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.288		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA BEATRIZ VILLANUEVA (Titular) DU 38234619 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.289		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ARTURO CHAPAY GALARZA (Titular) DU 38234998 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.290		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA LEWINTRE CABRAL (Titular) DU 38235372 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.291		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NAHUEL RODRIGUEZ (Titular) DU 38235542 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.292		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ANDREA PEREZ (Titular) DU 38235546 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.293		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIQUENA EVELYN REYES (Titular) DU 38235555 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.294		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL JOSE JOAQUIN ROLLET PASETTO (Titular) DU 38235796 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.295		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO DANIEL CHIARI (Titular) DU 38236129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.296		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER GUILLERMO PATRICIO BENITEZ (Titular) DU 38236242 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.297		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARA AYLEN CABRERA (Titular) DU 38236263 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.298		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA EVANGELINA MARTINEZ (Titular) DU 38236374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.299		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA JORDANA FRANCO (Titular) DU 38236499 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.300		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROLANDO ADRIAN SUAREZ (Titular) DU 38236541 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.301		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ARIEL SENA (Titular) DU 38236635 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.302		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERARDO MIGUEL ANGEL PARRA GUTIERREZ (Titular) DU 38236659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.303		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO JAVIER ENCISO (Titular) DU 38236711 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.304		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE GABRIEL COCCO (Titular) DU 38236717 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.305		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA SOLEDAD FERNANDEZ (Titular) DU 38236767 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.306		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CRUZ FERNANDEZ (Titular) DU 38236940 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.307		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO NICOLAS ROMERO (Titular) DU 38236993 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.308		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS LUCAS FERNANDEZ (Titular) DU 38237736 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.309		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR ARIEL FERNANDEZ (Titular) DU 38237737 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.310		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO DAVID MONGELOS (Titular) DU 38238329 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.311		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FE MARCIA SALOME ARAUJO (Titular) DU 38238450 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.312		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA SOLEDAD RAMIREZ (Titular) DU 38238514 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.313		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEIZA GERALDINE NAVARRO CABRERA (Titular) DU 38238641 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.314		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA AGOSTINA DEL VALLE ACOSTA (Titular) DU 38238656 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.315		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN DAVID DRI (Titular) DU 38260500 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.316		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ARIEL RIGONI (Titular) DU 38260663 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.317		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO HECTOR SANTOS VERON (Titular) DU 38275122 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.318		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN AYRTON STECHINA (Titular) DU 38288270 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.319		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS SEBASTIAN GIL (Titular) DU 38308485 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.320		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO DANIEL ROMERO (Titular) DU 38309400 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.321		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENIFER ITATI ALVAREZ CORREA (Titular) DU 38309473 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.322		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGAR TOMAS ABDALA HAMM (Titular) DU 38309581 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.323		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO SEBASTIAN RODRIGUEZ (Titular) DU 38309814 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.324		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GABRIEL MORALEZ (Titular) DU 38309957 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.325		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANAHI AYELEN ESPINOZA (Titular) DU 38310104 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.326		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA MARIA ROSA PUCHETA (Titular) DU 38310441 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.327		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA VERONICA AGUIRRE (Titular) DU 38310452 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.328		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL FERNANDO ESTEBAN BAJAC (Titular) DU 38310489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.329		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA BELEN AGUIRRE ARBO (Titular) DU 38310763 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.330		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA DEL ROSARIO BAEZ (Titular) DU 38311050 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.331		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO AGUSTIN GIMENEZ (Titular) DU 38311096 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.332		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN FRANCISCO LUGO (Titular) DU 38311163 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.333		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOEL ARNALDO AUDIZZIO (Titular) DU 38311205 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.334		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO SEBASTIAN BENITEZ (Titular) DU 38311213 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.335		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROQUE MAXIMILIANO CABALLERO (Titular) DU 38311216 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.336		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ALEJANDRO SILVA TRUYEN (Titular) DU 38311224 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.337		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOLEDAD GOMEZ (Titular) DU 38311310 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.338		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN SEBASTIAN ROMERO (Titular) DU 38311311 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.339		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FIDEL ALEXANDER NUÑEZ (Titular) DU 38311386 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.340		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA VICTORIA BARBAS (Titular) DU 38312419 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.341		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ELIZABETH MENDEZ (Titular) DU 38312473 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.342		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES ALTAMIRANO (Titular) DU 38312494 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.343		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO FEDERICO ALEGRE (Titular) DU 38312825 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.344		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL ALSINA (Titular) DU 38313010 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.345		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA ELIZABETH SANDOVAL (Titular) DU 38313065 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.346		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR DAVID SALINA (Titular) DU 38313074 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.347		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DANIEL ACOSTA LEIZ (Titular) DU 38313092 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.348		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONICA CAROLINA SENA (Titular) DU 38313160 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.349		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SIMON MARIANO OLIVIERI (Titular) DU 38313203 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.350		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SANTIAGO BARRIOS MOTTA BITTENCOUR(Titular) DU 38313262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.351		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS RUBEN ROSCO (Titular) DU 38313311 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.352		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATHIAS NAHUEL CHAMORRO (Titular) DU 38313313 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.353		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO GABRIEL LEDESMA (Titular) DU 38313321 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.354		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MACARENA AYELEN TAIE MIRON (Titular) DU 38313325 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.355		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FATIMA AGUIRRE MARQUEZ (Titular) DU 38313347 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.356		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN EMMANUEL SOTO CLAPS (Titular) DU 38313379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.357		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO NICOLAS TORALES (Titular) DU 38313442 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.358		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES GABRIEL LEDESMA (Titular) DU 38313556 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.359		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA BELEN ACOSTA (Titular) DU 38313605 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.360		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER RODRIGO DE LA MERCED OJEDA (Titular) DU 38313632 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.361		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS RAMIREZ (Titular) DU 38313659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.362		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO FEDERICO SALINA (Titular) DU 38313807 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.363		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. REGINA DEL ROSARIO SALVI (Titular) DU 38313830 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.364		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ANTONIO SANDOVAL (Titular) DU 38313846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.365		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN RAMIREZ (Titular) DU 38313887 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.366		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA CAROLINA BELEN CORREA (Titular) DU 38313905 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.367		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA YAZMIL ESCOBAR (Titular) DU 38313921 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.368		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA ALEJANDRA GOMEZ (Titular) DU 38313938 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.369		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ERNESTO SIERRA (Titular) DU 38313947 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.370		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO JANET VERASTEGUI LUGO (Titular) DU 38313982 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.371		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA SHYRLEY MOLFESSE (Titular) DU 38314555 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.372		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO ROMERO SEMHAN (Titular) DU 38314620 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.373		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO AGUSTIN AGUIRRE MERLACH (Titular) DU 38314625 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.374		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO EXEQUIEL ESPINOZA (Titular) DU 38314641 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.375		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FARID JOSE GONZALEZ PASI (Titular) DU 38314658 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.376		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SHIRLEY NAZARENA ROMERO (Titular) DU 38314663 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.377		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO EMMANUEL SANCHEZ (Titular) DU 38314697 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.378		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO ANGEL VERON (Titular) DU 38314900 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.379		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO FEDERICO DAVID GRANDO (Titular) DU 38314906 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.380		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES ARIEL TEAROTI (Titular) DU 38314992 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.381		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JAVIER PEREYRA (Titular) DU 38315109 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.382		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA ANAHI ACOSTA (Titular) DU 38315212 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.383		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMERICO EMMANUEL DA SILVA CARDOZO (Titular) DU 38315420 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.384		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO VERONICA GALARZA (Titular) DU 38315727 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.385		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO GABRIEL PAPADIA (Titular) DU 38315737 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.386		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMANUEL AYALA (Titular) DU 38315881 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.387		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA MAZZANTI (Titular) DU 38316205 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.388		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO DANIEL FROWEIN (Titular) DU 38316259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.389		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA DEL CARMEN MEZA (Titular) DU 38316529 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.390		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL YAQUELIN AGUIRRE (Titular) DU 38316550 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.391		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN EDUARDO NAVARRO (Titular) DU 38316584 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.392		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS NAHUEL FERNANDEZ (Titular) DU 38316679 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.393		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL NICOLAS ZACARIAS (Titular) DU 38317054 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.394		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CARLOS PARRAS (Titular) DU 38317070 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.395		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN EDUARDO SILVA (Titular) DU 38317080 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.396		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ULISES DELGADO (Titular) DU 38317109 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.397		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ANDRES MONZON (Titular) DU 38317328 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.398		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA SOLEDAD LUQUE (Titular) DU 38317367 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.399		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR GABRIEL RISUK SUAREZ (Titular) DU 38317442 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.400		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL ESTEBAN GALANTE (Titular) DU 38317509 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.401		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARIEL HERNAN AÑASCO (Titular) DU 38317513 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.402		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN JOSE FERNANDEZ (Titular) DU 38317574 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.403		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YUREMA MIREYA VELOZO GODOY (Titular) DU 38317662 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.404		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMINA DEL ALBA CHAPARRO CAMPIAS (Titular) DU 38317691 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.405		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN AGUSTIN AZCURRA MICELLI (Titular) DU 38317945 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.406		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA GERALDIN POELSTRA (Titular) DU 38319811 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.407		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO FRANCISCO VALLEJO (Titular) DU 38340343 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.408		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA ELIZABETH MORMINA (Titular) DU 38343166 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.409		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN EZEQUIEL CHAVEZ (Titular) DU 38358025 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.410		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN JACKELINE BERLI (Titular) DU 38376299 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.411		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AILEN PRIETO (Titular) DU 38377455 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.412		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO DANIEL CABALLERO (Titular) DU 38377768 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.413		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN MARCELO ARRUA (Titular) DU 38377854 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.414		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS PAUL MAGGIONI (Titular) DU 38378453 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.415		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN INGACIO NUÑEZ KRACHINSKY (Titular) DU 38380071 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.416		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO ANDRES BAREIRO (Titular) DU 38382148 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.417		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESDRAS BENJAMIN PAVON (Titular) DU 38382454 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.418		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL EMILIANO CODUTTI (Titular) DU 38384116 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.419		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO MORO (Titular) DU 38386403 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.420		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON MARCELO CASTILLO (Titular) DU 38395039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.421		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO JAQUELINE CARDOZO (Titular) DU 38396215 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.422		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL ALEJANDRO CANTEROS (Titular) DU 38407258 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.423		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN BERENICE SAYAGO (Titular) DU 38468498 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.424		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA LOURDES JARAMILLO (Titular) DU 38471222 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.425		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO MARTIN MASUCO (Titular) DU 38474021 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.426		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANNA MAGALI MARTINEZ (Titular) DU 38535713 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.427		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHIR GUADALUPE ALEGRE (Titular) DU 38537732 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.428		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL MAYER (Titular) DU 38538350 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.429		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS NICOLAS PAZ (Titular) DU 38538527 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.430		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO ADOLFO AGUIRRE (Titular) DU 38538801 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.431		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE LUDMILA LOPEZ (Titular) DU 38540917 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.432		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA AILEN BOBADILLA (Titular) DU 38541121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.433		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL ANDREA ROJAS (Titular) DU 38541227 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.434		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN YAMIL YURRITA (Titular) DU 38541610 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.435		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZAIRA ALEJANDRINA FERNANDEZ (Titular) DU 38541806 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.436		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS DANIEL NUÑEZ (Titular) DU 38543022 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.437		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO MACIPE (Titular) DU 38551759 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.438		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN DAVID SILVERO (Titular) DU 38561573 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.439		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS LEANDRO SOAREZ (Titular) DU 38565215 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.440		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA KARINA OLIVERA (Titular) DU 38568550 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.441		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO NICOLAS VALDEZ (Titular) DU 38573628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.442		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA ELIZABETH ACOSTA (Titular) DU 38573676 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.443		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN EZEQUIEL VARGAS (Titular) DU 38573772 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.444		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO RICARDO STOPPELLO (Titular) DU 38574405 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.445		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ANAHI OLIVERA MEDINA (Titular) DU 38574595 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.446		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE AGUSTIN GONZALEZ (Titular) DU 38574625 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.447		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIC MATIAS HERMAN LUDWIG (Titular) DU 38574682 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.448		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS SEBASTIAN PALOMAR (Titular) DU 38575554 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.449		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL DAVID CELIA (Titular) DU 38576664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.450		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA SOLEDAD OBREGON (Titular) DU 38577673 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.451		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN SEBASTIAN FONTEINA (Titular) DU 38624740 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.452		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO AYELEN AGUIRRE RODRIGUEZ (Titular) DU 38654416 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.453		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA GIMENA VICENTIN (Titular) DU 38655018 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.454		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO NICOLAS GONZALEZ (Titular) DU 38678727 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.455		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ELEUTERIA ALTAMIRANO (Titular) DU 38712506 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.456		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO EMANUEL ESQUIVEL (Titular) DU 38712607 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.457		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA MARICEL IBARRA (Titular) DU 38713175 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.458		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO LUIS PASETTO (Titular) DU 38713354 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.459		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO RODOLFO RODRIGUEZ SILVA (Titular) DU 38713628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.460		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA BEATRIZ MERSCH (Titular) DU 38713638 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.461		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL NICOLAS FERNANDEZ (Titular) DU 38714013 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.462		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL ROBERTO CARBONI (Titular) DU 38714027 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.463		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MERCEDES NOEMI BARRIOS (Titular) DU 38714189 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.464		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN GABRIEL CORREA (Titular) DU 38714356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.465		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA ROMINA SOTO (Titular) DU 38714362 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.466		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO JAVIER SANCHEZ (Titular) DU 38714486 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.467		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ MARIA LUCRECIA MEZA (Titular) DU 38714498 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.468		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO HERNANDEZ VALENZUELA (Titular) DU 38714592 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.469		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO LISANDRO MAIDANA (Titular) DU 38714599 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.470		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CONSTANZA HARUMI KIANG (Titular) DU 38714721 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.471		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN PIÑEYRO (Titular) DU 38714725 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.472		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA INES AIRALDI (Titular) DU 38714795 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.473		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO DE JESUS AVALOS (Titular) DU 38714818 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.474		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR NAHUEL BILLORDO (Titular) DU 38714845 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.475		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ESTEFANIA ACEVEDO (Titular) DU 38714900 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.476		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA VALERIA BELEN IBARRA PIPET (Titular) DU 38714904 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.477		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS RAMON BILLORDO (Titular) DU 38715039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.478		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAITEN MARIA ANTONIA SOTELO (Titular) DU 38715173 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALAS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.479		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL IGNACIO SILVA (Titular) DU 38715200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.480		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAMUEL EDUARDO MELGAREJO ROLON (Titular) DU 38715242 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.481		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ANIBAL ALEGRE (Titular) DU 38715257 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.482		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN YAIR SUAID (Titular) DU 38715269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.483		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL DARIO INSAURRALDE (Titular) DU 38715326 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.484		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAHIANA ANTONELLA KRAMARZ (Titular) DU 38715355 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.485		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO RUBEN GOMEZ (Titular) DU 38715377 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.486		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA AGUSTINA PELOZO (Titular) DU 38715382 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.487		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA ALEXANDRA ALARCON (Titular) DU 38716130 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.488		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ MARIA JULIA VALLEJOS ACEVEDO (Titular) DU 38716166 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.489		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA PAULA ESCOBAR (Titular) DU 38716499 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.490		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO MAXIMILIANO IBARRA (Titular) DU 38716553 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.491		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID JULIAN SPIESS (Titular) DU 38765615 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.492		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCO JOSIAS ALAIO (Titular) DU 38765841 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.493		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IARA MAGALI CRACCO (Titular) DU 38769125 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.494		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS JAVIER MESTRES (Titular) DU 38775031 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.495		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROQUE ANGEL MENDES RIVERO (Titular) DU 38776297 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.496		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS FABIAN VOGLER (Titular) DU 38776397 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.497		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO EMANUEL GUARDADO (Titular) DU 38777701 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.498		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO SEBASTIAN GUARDADO (Titular) DU 38777702 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.499		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA GUADALUPE SNIECHOWSKI (Titular) DU 38778742 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.500		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS NATANIEL ESCALANTE (Titular) DU 38798529 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.501		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIAS MANUEL DELGADO (Titular) DU 38814820 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.502		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MANUELA SANDOVAL (Titular) DU 38816551 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.503		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS GABRIEL ALONSO (Titular) DU 38817235 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.504		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA LUCIA LENTIJO (Titular) DU 38844410 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.505		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO JOEL FALCON (Titular) DU 38846451 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.506		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAGALI AYELEN SEGOVIA (Titular) DU 38870518 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.507		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ABRIL JAIME (Titular) DU 38870545 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.508		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ARGOTA RODRIGUEZ (Titular) DU 38870558 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.509		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA DENISSE RODRIGUEZ ARSUAGA (Titular) DU 38870559 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.510		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR MAXIMILIANO SEGOVIA GAGLIARDONE (Titular) DU 38870569 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.511		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO EMANUEL CACERES (Titular) DU 38870570 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.512		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA ANTONELLA ZABALA (Titular) DU 38870712 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.513		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO FABIAN RAMIREZ CRISTALDO (Titular) DU 38870818 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.514		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN DANIEL ROCH (Titular) DU 38870848 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.515		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER NICOLAS BENITEZ ROMERO (Titular) DU 38870907 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.516		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS MILAGROS ACOSTA (Titular) DU 38871007 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.517		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO ALEJANDRO ROMERO (Titular) DU 38871058 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.518		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANI AYLEN ALARCON BULLON (Titular) DU 38871139 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.519		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA GUADALUPE ACUÑA (Titular) DU 38871147 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.520		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DANIEL ORBAN (Titular) DU 38871179 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.521		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA ELIZABETH HOLZEL (Titular) DU 38871189 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.522		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SURAI MARIA FLORENCIA HERNANDEZ MONTENEG(Titular) DU 38871238 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.523		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE DARIO FERNANDEZ (Titular) DU 38871257 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.524		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR ORLANDO ALEGRE (Titular) DU 38871269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.525		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO VALDEZ (Titular) DU 38871291 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.526		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIA NAIR FLORES (Titular) DU 38871341 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.527		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TATIANA ALEJANDRA BERON VERON (Titular) DU 38872029 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.528		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN DEL CUETO GANDULFO (Titular) DU 38872330 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.529		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LUZ MENDOZA MOLINA (Titular) DU 38872390 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.530		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN EDUARDO SCHAEERER (Titular) DU 38872412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.531		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GEORGINA MARIA ALCARAZ VALLEJOS (Titular) DU 38872462 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.532		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARLENE MAYRA LUZ GOMEZ ORTIZ (Titular) DU 38872471 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.533		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NISELA VICTORIA RAMIREZ (Titular) DU 38872472 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.534		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON HORACIO SESIN (Titular) DU 38872507 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.535		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAZMIN GABRIELA BRENN (Titular) DU 38872801 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.536		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA BELEN BUSTAMANTE (Titular) DU 38873878 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.537		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYRTON NAHUEL SOSA (Titular) DU 38873887 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.538		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL MAXIMILIANO ORTIZ COSTA (Titular) DU 38873968 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.539		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERNESTO JAVIER CORDINI ZANG (Titular) DU 38873998 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.540		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS JULIAN ZARACHO (Titular) DU 38874117 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.541		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA ROJAS (Titular) DU 38874192 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.542		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO JAVIER LENCINA (Titular) DU 38874205 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.543		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO SEBASTIAN GONZALE (Titular) DU 38874217 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.544		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO FABIAN CAMPO (Titular) DU 38874536 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.545		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA ABIGAIL ROSSI (Titular) DU 38874588 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.546		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FABIAN SANCHEZ (Titular) DU 38874597 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.547		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA RONCHI (Titular) DU 38874766 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.548		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO ALBERTO JAVIER SANCHEZ (Titular) DU 38874818 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.549		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS BEATRIZ ARAUJO (Titular) DU 38874823 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.550		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO FABIAN ROMERO (Titular) DU 38874869 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.551		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ABEL TOLEDO (Titular) DU 38874913 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.552		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CYNTHIA GUADALUPE ARCE (Titular) DU 38874915 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.553		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA CAROLINA AMARILLA (Titular) DU 38874922 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.554		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. STEFANIA COURTIS (Titular) DU 38874966 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.555		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA MERCEDES MORAL (Titular) DU 38874983 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.556		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS AUGUSTO MAIDANA (Titular) DU 38875504 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.557		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DAMIAN BERMUDEZ (Titular) DU 38875847 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.558		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGOSTINA TAMARA MORELLO (Titular) DU 38876023 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.559		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR ALFREDO JAVIER MONTAÑEZ DI CARLO (Titular) DU 38876081 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.560		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE CARDOZO (Titular) DU 38876096 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.561		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN AGUSTIN CENTURION (Titular) DU 38876108 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.562		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE ADRIAN MEZA (Titular) DU 38876189 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.563		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS OSCAR SILVA (Titular) DU 38876246 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.564		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA GUADALUPE ALMEIDA (Titular) DU 38876505 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.565		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN DAVID SEHTMAN (Titular) DU 38876518 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.566		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO DARIO LUJAN (Titular) DU 38876545 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.567		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EZEQUIEL SANCHEZ (Titular) DU 38876595 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.568		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EMMANUEL VALLEJOS MEDINA (Titular) DU 38876628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.569		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES JAZMIN RIQUELME (Titular) DU 38876632 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.570		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL IVAN SOSA CAPELLI (Titular) DU 38876640 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.571		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN BARRIOS (Titular) DU 38876663 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.572		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS FABRICIO MONZON LANGUASCO (Titular) DU 38876668 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.573		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA GUADALUPE RUIZ (Titular) DU 38876698 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.574		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE LUIS ROMERO (Titular) DU 38876801 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.575		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO ALEXIS ROMERO GARCIA BOGARIN (Titular) DU 38876937 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.576		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MARIA BENITEZ (Titular) DU 38877571 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.577		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO OSVALDO GUTIERREZ (Titular) DU 38877889 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.578		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NEREA ANDREA SOTO (Titular) DU 38878618 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.579		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO JAVIER JIMENEZ (Titular) DU 38878827 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.580		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID MELGAREJO (Titular) DU 38879042 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.581		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARTURO JOSE BELASQUE (Titular) DU 38879046 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.582		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ARANDA (Titular) DU 38879400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.583		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANGELES PORTILLO (Titular) DU 38879466 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.584		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA CONCEPCION MOLINA (Titular) DU 38879487 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.585		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO ADRIAN RAMIREZ (Titular) DU 38879904 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.586		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS RICARDO GIMENEZ (Titular) DU 38880155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.587		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN ANDRES BORDA (Titular) DU 38880175 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.588		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO JOSE ALMIRON (Titular) DU 38919682 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.589		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANABELLA CONCEPCION CORTEZ (Titular) DU 38944477 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.590		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARINA DANIELA ELENA (Titular) DU 38962407 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.591		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO FRANCISCO RISSO (Titular) DU 38963036 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.592		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO YAMIL SAIPE (Titular) DU 38963098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.593		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA JAQUELINE SASOVSKY (Titular) DU 38963167 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.594		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLE MICAELA AYELEN ESCALANTE (Titular) DU 38963368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.595		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MARIANGELES ARAUJO (Titular) DU 38966045 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.596		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO FEDERICO GALVAN (Titular) DU 38967431 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.597		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO CASTILLO (Titular) DU 38968869 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.598		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA SELENE TASSIOV (Titular) DU 38969701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.599		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA JACQUELINE MENDOZA (Titular) DU 38969976 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.600		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDA SUKANEN (Titular) DU 38993206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.601		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ESTEFANIA MORALES (Titular) DU 39042625 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.602		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALESANDRA NARDELLI (Titular) DU 39051288 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.603		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO FERREYRA (Titular) DU 39058607 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.604		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN ALEXIS MICELI (Titular) DU 39067411 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.605		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SELENE BARRIOS (Titular) DU 39114178 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.606		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS JOSE NOBILE (Titular) DU 39124622 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.607		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL FRANZOI (Titular) DU 39124865 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.608		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA BONORA (Titular) DU 39124880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.609		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA ARACELI RIOS (Titular) DU 39125906 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.610		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMMANUEL BOURNISENT (Titular) DU 39126075 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.611		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA LOURDES TURBAY (Titular) DU 39127318 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.612		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO BAY JOULIA (Titular) DU 39132225 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.613		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ZOE DELVALLE (Titular) DU 39132277 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.614		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO EXEQUIEL LOBON (Titular) DU 39132328 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.615		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO MARIANO AQUINO (Titular) DU 39132557 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.616		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARMINA GONZALEZ GARCIA (Titular) DU 39132727 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.617		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON SCEPPACUERCIA (Titular) DU 39132780 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.618		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO AGUSTIN RODAS (Titular) DU 39132903 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.619		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RENZO NAHUEL GOROSTEGUI (Titular) DU 39133292 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.620		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA RAMONA VALENZUELA (Titular) DU 39133439 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.621		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TANIA MAGALI ENCINA (Titular) DU 39133987 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.622		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRYAN ALEXIS MERELES (Titular) DU 39134108 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.623		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO ULISES NUÑEZ (Titular) DU 39134387 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.624		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO LEANDRO SALERNO (Titular) DU 39134505 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.625		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ANDREA RODRIGUEZ (Titular) DU 39135123 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.626		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN NICOLAS PEREYRA MOSAGNA (Titular) DU 39135771 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.627		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO IVAN LEIVA (Titular) DU 39136208 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.628		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ARIEL LOPEZ (Titular) DU 39136305 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.629		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ANDRES RODRIGUEZ (Titular) DU 39136428 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.630		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA MARIA ASTRID FERREIRA (Titular) DU 39136449 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.631		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA EVELYN PEREZ (Titular) DU 39177488 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.632		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO EMMANUEL TEJERINA (Titular) DU 39178343 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.633		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MACARENA SOL SOSA (Titular) DU 39179124 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.634		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA AGUSTINA BOUVIER (Titular) DU 39180711 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.635		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID ARIEL RUIZ (Titular) DU 39180785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.636		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA PRESCH (Titular) DU 39181981 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.637		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSUE EZEQUIEL MAIDANA FORNAZARICH (Titular) DU 39186116 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.638		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO NAHUEL ESPINOSA (Titular) DU 39186138 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.639		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO AGUSTIN MENDOZA (Titular) DU 39186140 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.640		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE GABRIEL URETA NAVARRO (Titular) DU 39186169 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.641		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIO ENZO TASSANO (Titular) DU 39186175 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.642		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN YASMINA AYMARA PORI (Titular) DU 39186182 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.643		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TATIANA LISET ROMERO (Titular) DU 39186337 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.644		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO EZEQUIEL OTERO (Titular) DU 39186343 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.645		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN ALARCON VICCINI (Titular) DU 39186412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.646		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA CAROLINA FAMULAR (Titular) DU 39186461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.647		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO LUIS BONASSIES (Titular) DU 39186465 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.648		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO NOEL VALENZUELA (Titular) DU 39186487 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.649		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL JONATHAN JOEL ACEVEDO MUÑIZ (Titular) DU 39186494 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.650		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA BELEN ZARATE (Titular) DU 39186495 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.651		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR NICOLAS CASTILLO (Titular) DU 39186696 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.652		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JAVIER GONZALEZ (Titular) DU 39186712 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.653		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ANDRES FERNANDEZ (Titular) DU 39186787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.654		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS EDITH JARA RODRIGUEZ (Titular) DU 39186851 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.655		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO DANIEL SOSA (Titular) DU 39186882 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.656		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO NAHUEL SCHEIHING (Titular) DU 39186916 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.657		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARA TRINIDAD ZINI (Titular) DU 39187009 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.658		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA ABIGAIL DELGADO (Titular) DU 39187175 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.659		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA MEZA (Titular) DU 39187212 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.660		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUMBERTO JAVIER GONZALEZ (Titular) DU 39187262 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.661		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANTONIO AKIYAMA (Titular) DU 39187347 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.662		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GUSTAVO ROMERO CHAVES (Titular) DU 39187419 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.663		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EDUARDO YUNES (Titular) DU 39187438 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.664		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA ELIZABETH VELAZQUEZ (Titular) DU 39187465 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.665		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO AGOSTINA ORREGO (Titular) DU 39187472 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.666		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAHIANA BELEN GALARZA (Titular) DU 39187489 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.667		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ALFONSO FERNANDEZ (Titular) DU 39187502 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.668		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO EZEQUIEL MEZA (Titular) DU 39187830 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.669		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA NATALIA CACERES (Titular) DU 39187986 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.670		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO DANIEL ROMERO (Titular) DU 39188040 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.671		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA NAHIR CASTILLO (Titular) DU 39188472 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.672		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN ANIBAL FERNANDEZ (Titular) DU 39188715 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.673		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN ALEXANDER FERNANDEZ (Titular) DU 39188716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.674		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ERNESTO SILVA (Titular) DU 39188953 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.675		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA RUTH FORESTA (Titular) DU 39189265 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.676		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONAS HERNAN PIZZIO (Titular) DU 39189631 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.677		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN RAFAEL LUBKE (Titular) DU 39189693 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.678		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN DAVID PEREZ (Titular) DU 39189933 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.679		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DEL PRADO (Titular) DU 39190014 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.680		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS NAHUEL RIVERO (Titular) DU 39190080 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.681		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISMAEL ENRIQUE AGUIRRE (Titular) DU 39190233 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.682		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGAR ALAN ALARCON (Titular) DU 39190275 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.683		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ITATI MENDOZA (Titular) DU 39190476 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.684		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IARA MICAELA FORTUNATO (Titular) DU 39190664 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.685		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ISMAEL CARDOZO MACHACEK (Titular) DU 39191038 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.686		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO EMANUEL PONCE (Titular) DU 39191150 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.687		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA MARIEL MONTI ARECO (Titular) DU 39191313 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.688		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA KHOURI (Titular) DU 39191328 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.689		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL SANCHEZ MORALES (Titular) DU 39191775 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.690		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JIMENA GISELLA GARCIA (Titular) DU 39191893 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.691		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO SPIAZZI (Titular) DU 39192106 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.692		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONELLA DESIREE LUQUE (Titular) DU 39192113 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.693		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO GERMAN GOMEZ ARMOA (Titular) DU 39192121 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.694		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE IGNACIO SANCHEZ CASTILLO (Titular) DU 39192139 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.695		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MISAEEL DAMIAN AQUINO (Titular) DU 39192152 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.696		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN EDUARDO OJEDA (Titular) DU 39192199 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.697		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SHAIRA ELIZABETH FERNANDEZ (Titular) DU 39192290 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.698		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA YOANA MIÑO (Titular) DU 39192730 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.699		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA FERRINI (Titular) DU 39192817 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.700		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA FABIANA WILKOWSKI (Titular) DU 39192822 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.701		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN NICOLAS PEDROZO (Titular) DU 39192826 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.702		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN GABRIEL BILLINGER LUBARY (Titular) DU 39192836 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.703		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA MELISSA VALLEJOS (Titular) DU 39192921 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.704		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA NOEMI ORTIZ (Titular) DU 39193068 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.705		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO MAURICIO SANCHEZ DUETE (Titular) DU 39193162 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.706		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO JUAN JOSE GONZALEZ CENTENO (Titular) DU 39193175 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.707		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN NICOLAS ESCOBAR (Titular) DU 39193199 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.708		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA AGOSTINA SOTO DEMONTE (Titular) DU 39193211 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.709		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO NAHUEL VALLEJOS GONZALEZ (Titular) DU 39193225 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.710		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ITATI CARDOZO (Titular) DU 39193226 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.711		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL GOMEZ (Titular) DU 39193239 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.712		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ROMINA MONZON (Titular) DU 39193244 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.713		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES MAXIMILIANO VALLEJOS (Titular) DU 39193259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.714		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESIRA NADIR MUYAL (Titular) DU 39193263 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.715		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DANIEL MUÑOZ FERNANDEZ (Titular) DU 39193294 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.716		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN ANDRES ALEGRE (Titular) DU 39193356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.717		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN DANIEL AQUINO (Titular) DU 39193369 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.718		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DULCINEA MARIEL LEZCANO (Titular) DU 39193407 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.719		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN EDUARDO ROMERO (Titular) DU 39193430 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.720		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL GREGORIO MEDINA (Titular) DU 39193488 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.721		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN MATIAS LOBATO QUIROGA (Titular) DU 39193548 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.722		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SABRINA AVALOS (Titular) DU 39193559 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.723		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAHIANA MICAELA GOMEZ (Titular) DU 39193616 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.724		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS EXEQUIEL FRIAS IBAÑEZ (Titular) DU 39193639 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.725		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO NAHUEL LOPEZ MARASSI (Titular) DU 39193759 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.726		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ALEJANDRO BRITZ (Titular) DU 39193784 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.727		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO EMANUEL GUERRERO GAUNA (Titular) DU 39193785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.728		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ARIEL FERNANDEZ LEZCANO (Titular) DU 39193792 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.729		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO DAVID SEGOVIA (Titular) DU 39193796 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.730		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA IRUPE CUBILLA (Titular) DU 39193805 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.731		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN OCTAVIO SESIN (Titular) DU 39194702 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.732		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS GUSTAVO DAMIAN AGUIRRE (Titular) DU 39195000 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.733		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL VIZCAYCHIPI (Titular) DU 39195160 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.734		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ANTONIO DANIEL LOPEZ (Titular) DU 39195497 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.735		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO AGOLTI (Titular) DU 39195771 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.736		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO ESTEBAN GEROMETTA (Titular) DU 39195857 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.737		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LUJAN GARCIA (Titular) DU 39196026 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.738		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GABRIEL LUQUE (Titular) DU 39196139 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.739		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHIARA GEORGINA FERREYRA (Titular) DU 39196227 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.740		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SELENE MABEL GAUNA (Titular) DU 39196287 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.741		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL NESTOR ANTONIO QUARIN (Titular) DU 39196301 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.742		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA JARA (Titular) DU 39196314 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.743		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO FERNANDO FEDRIGO MEABE (Titular) DU 39196326 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.744		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOEL ANIBAL PARUZZO (Titular) DU 39196377 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.745		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ESTEBAN LEDESMA (Titular) DU 39196454 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.746		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA RODRIGUEZ (Titular) DU 39196521 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.747		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUMBERTO CARLOS PRIETO (Titular) DU 39196707 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.748		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO DANIEL AQUINO (Titular) DU 39196739 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.749		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO FEDERICO ACOSTA (Titular) DU 39196740 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.750		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO JOSE IGNACIO BADARO (Titular) DU 39196742 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.751		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR IVAN NUÑEZ (Titular) DU 39196746 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.752		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YENY ELISA VELAZQUEZ (Titular) DU 39196766 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.753		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ESTEFANIA RUS (Titular) DU 39196939 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.754		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO AYMARA ALEGRE (Titular) DU 39196968 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.755		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN ARRIETA (Titular) DU 39197429 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.756		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZAIDA NEREIDA PIOLI (Titular) DU 39197640 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.757		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL MEZA (Titular) DU 39197803 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.758		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN ERNESTO RIOS ZEQUEIRA (Titular) DU 39197937 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.759		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS FERNANDO ALMADA (Titular) DU 39198007 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.760		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA JAZMIN ANNABELLA LEIVAS (Titular) DU 39220121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.761		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA AGOSTINA GIMENEZ (Titular) DU 39221043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.762		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EMILIANO KRYVENKI (Titular) DU 39222122 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.763		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARA GONZALEZ CARDOZO (Titular) DU 39223456 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.764		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO JOEL PIZZUTTI (Titular) DU 39226414 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.765		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS BENZING (Titular) DU 39287091 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.766		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO JAVIER LARROZA (Titular) DU 39293755 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.767		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO NICOLAS ROLON (Titular) DU 39306828 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.768		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN SEBASTIAN EXNER (Titular) DU 39307311 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.769		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA DAIANA VERDUN (Titular) DU 39307674 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.770		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL CARLOS MATIAS CARDOZO (Titular) DU 39308170 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.771		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA ROCIO ANAHI MACIEL (Titular) DU 39308477 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.772		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO ANTONINO QUARIN (Titular) DU 39308533 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.773		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUADALUPE AIMARA GAUNA (Titular) DU 39308644 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.774		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA MALVINA LENAIN (Titular) DU 39308712 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.775		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN FRANCISCO MONTENEGRO BESIL (Titular) DU 39308775 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.776		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS RAMON MAIDANA (Titular) DU 39309432 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.777		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANAHI CAMILA PORTILLO (Titular) DU 39310051 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.778		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA JANET JORGE (Titular) DU 39310468 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.779		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOHANA MELISA MORALES (Titular) DU 39310511 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.780		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO NICOLAS MENDOZA (Titular) DU 39311043 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.781		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO DAVID LE VRAUX (Titular) DU 39311762 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.782		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN JOAN KOBERSTEIN (Titular) DU 39312134 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.783		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL ANTONIO AYALA (Titular) DU 39314431 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.784		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO GUSTAVO KASSOR (Titular) DU 39314716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.785		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN EMMANUEL ROMERO (Titular) DU 39314752 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.786		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA AZUL BORDON (Titular) DU 39315070 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.787		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN EZEQUIEL MIKIELIEVICH (Titular) DU 39315794 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.788		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDITH NANCY ADELA DIAZ (Titular) DU 39316120 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.789		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NUMA ALEJANDRO TOSCANO (Titular) DU 39317932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.790		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL RUIZ DIAZ (Titular) DU 39318061 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.791		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS RUBEN IRALA (Titular) DU 39318154 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.792		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GREGORIO REJALA (Titular) DU 39318402 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.793		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA PATRICIA GISELLE GOMEZ (Titular) DU 39321083 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.794		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES ALEJANDRO ABRAHAN RAMIREZ (Titular) DU 39367653 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.795		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO ALBERTO FALCON (Titular) DU 39367796 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.796		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA MAILEN MEDINA (Titular) DU 39367824 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.797		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA LUMILA LOPEZ (Titular) DU 39367869 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.798		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN EMANUEL NEIRA (Titular) DU 39400573 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.799		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JACQUELINE IBAÑEZ (Titular) DU 39415553 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.800		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ELIAZAR MIÑO (Titular) DU 39444134 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.801		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ELDA SABA ECHEZARETA (Titular) DU 39448852 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.802		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA BELEN ACEVEDO (Titular) DU 39461089 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.803		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO MARCELO CAÑETE (Titular) DU 39464373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.804		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARD MANUEL AQUINO (Titular) DU 39489100 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.805		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL DANIEL AQUINO (Titular) DU 39492928 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.806		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO LUIS GOMEZ (Titular) DU 39503207 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.807		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA NOEMI MOLINA (Titular) DU 39518064 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.808		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON EZEQUIEL FERNANDEZ (Titular) DU 39518277 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.809		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA SOLEDAD MERLO (Titular) DU 39518340 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.810		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL MAXIMILIANO PEDEVILLA (Titular) DU 39518400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.811		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO BERNACHEA (Titular) DU 39518465 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.812		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS FEDERICO NAVARRO (Titular) DU 39518474 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.813		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIANFRANCO ANDREA BARTOLONI KWAK (Titular) DU 39518475 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.814		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS FEDERICO CENTURION (Titular) DU 39518531 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.815		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA CATERINA BLANCO (Titular) DU 39518558 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.816		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS FEDERICO LOPEZ LIENDO (Titular) DU 39518599 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.817		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO GUSTAVO COCERES (Titular) DU 39518600 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.818		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL ANGEL NOGUERA (Titular) DU 39518676 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.819		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUTH IVONNE AUDIZZIO (Titular) DU 39518732 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.820		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO SANTOS CUENCA (Titular) DU 39518931 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.821		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA CATALINA ACOSTA FUSZ (Titular) DU 39518983 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.822		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO EMANUEL ORREGO (Titular) DU 39519102 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.823		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO JAVIER ESCOBAR (Titular) DU 39519125 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.824		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESUS ANDRES ZINI (Titular) DU 39519152 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.825		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZMILA YAMILE RODRIGUEZ (Titular) DU 39520400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.826		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO DANIEL VELAZCO (Titular) DU 39528390 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.827		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANELA STALLA (Titular) DU 39563511 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.828		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ESTEBAN NORBERTO ORTIZ (Titular) DU 39564021 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.829		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO ANDRES LACAVA (Titular) DU 39564049 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.830		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS FRANCISCO BREARD (Titular) DU 39564062 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.831		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA BEATRIZ ALARCON (Titular) DU 39564072 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.832		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA DAIANA GOMEZ (Titular) DU 39564073 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.833		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO MANUEL SOTOMAYOR (Titular) DU 39564112 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.834		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO SOLEDAD FERREYRA (Titular) DU 39564114 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.835		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY ANABEL RAMIREZ (Titular) DU 39564235 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.836		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALEJANDRA RAMIREZ (Titular) DU 39564309 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.837		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON DANIEL DELGADO (Titular) DU 39564346 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.838		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARISA ANALIA GONZALEZ (Titular) DU 39564412 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.839		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS GABRIEL GAUNA (Titular) DU 39564418 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.840		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE AGUSTIN ZABALA (Titular) DU 39564459 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.841		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO OSCAR CARBALLO (Titular) DU 39564492 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.842		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ISMAEL ZACARIAS (Titular) DU 39564540 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.843		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGOSTINA VALENZUELA DOMINGUEZ (Titular) DU 39564570 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.844		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA MARIEL CACERES (Titular) DU 39564647 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.845		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO EMANUEL GIMENEZ AGUIRRE (Titular) DU 39564764 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.846		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO HERNANDO GOMEZ LOPEZ (Titular) DU 39564898 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.847		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENRIQUE NICOLAS DI GALLO (Titular) DU 39564922 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.848		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE MARTIN DE SAGASTIZABAL (Titular) DU 39564942 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.849		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUDITH VICTORIA BENTANCOURT ROSSOLI (Titular) DU 39564950 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.850		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS NAHUEL PICTON (Titular) DU 39564971 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.851		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN ALBERTO ENCINAS (Titular) DU 39565148 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.852		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID EMANUEL GOMEZ (Titular) DU 39565181 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.853		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS JESUS NAZARETH IFRAN (Titular) DU 39565247 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.854		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA ABIGAIL SCHELOVER (Titular) DU 39565253 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.855		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUANA AYELEN MONTENEGRO (Titular) DU 39565587 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.856		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LARA NOELIA CARDOZO (Titular) DU 39605475 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.857		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TIAGO HECTOR FARID MACHADO (Titular) DU 39605566 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.858		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUMILDA ALEXANDRA BARRIOS (Titular) DU 39606455 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.859		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER IVAN ARIZAGA (Titular) DU 39607373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.860		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL ALEXIS GONZALEZ (Titular) DU 39615121 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.861		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA BELEN GOMEZ (Titular) DU 39617291 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.862		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO OJEDA (Titular) DU 39617337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.863		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA MLEZIVA CABRERA (Titular) DU 39619109 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.864		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO FABIAN FERNANDEZ VISCHI (Titular) DU 39619129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.865		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO SEBASTIAN MENDIETA (Titular) DU 39632711 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.866		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO EZEQUIEL MAYA (Titular) DU 39632932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.867		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BIANCA FLORENCIA GARCIA MUZZACHIODI (Titular) DU 39633077 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.868		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAGALI ANABEL MEDINA (Titular) DU 39633416 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.869		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VITTORIO AUGUSTO MULAS (Titular) DU 39633931 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.870		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA ANGELICA GAUNA (Titular) DU 39633936 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.871		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARA MARLEN GONZALEZ (Titular) DU 39634129 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.872		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA ANTONELLA ROMERO (Titular) DU 39634237 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.873		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALCIDES SEBASTIAN GONZALEZ (Titular) DU 39634446 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.874		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO EMMANUEL ROMERO SALINAS (Titular) DU 39634603 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.875		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO IVAN RIQUELME (Titular) DU 39634606 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.876		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARINA SONZA (Titular) DU 39634612 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.877		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO PACHUE (Titular) DU 39634732 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.878		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN ANDRES ZARACHO (Titular) DU 39634756 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.879		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EMANUEL MACIEL (Titular) DU 39634767 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.880		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA VALERIA CABRAL MENDEZ (Titular) DU 39634797 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.881		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL AGUSTIN MORALES ESCARLON (Titular) DU 39634808 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.882		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA ELIZABETH GOMEZ (Titular) DU 39634986 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.883		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA VERONICA YANINA MORAN ESPINOSA(Titular) DU 39634987 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.884		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELENA GABRIELA TOLEDO (Titular) DU 39635084 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.885		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EZEQUIEL MONZON (Titular) DU 39635098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.886		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA LOPEZ (Titular) DU 39635148 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.887		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ARIEL VILAR (Titular) DU 39635160 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.888		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA GUADALUPE GOMEZ (Titular) DU 39635187 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.889		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LEONARDO GOMEZ CHAVEZ (Titular) DU 39635283 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.890		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA DOMINICI (Titular) DU 39636206 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.891		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN PAOLA GABRIELA MONZON (Titular) DU 39636521 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.892		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISSA GISEL ESCOBAR (Titular) DU 39636775 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.893		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIANA MACARENA BENITEZ (Titular) DU 39636853 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.894		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DAVID GONZALEZ (Titular) DU 39637119 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.895		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO FACUNDO SREKA (Titular) DU 39637133 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.896		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO MAXIMILIANO GALARZA (Titular) DU 39637217 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.897		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO JESUS LENCINAS (Titular) DU 39637230 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.898		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN MATIAS BURIAN (Titular) DU 39637252 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.899		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA KOLLY BASUALDO (Titular) DU 39637324 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.900		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS CARLOS LOPEZ (Titular) DU 39637328 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.901		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN JAVIER PRUYA (Titular) DU 39637356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.902		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO LUCAS MARCHI (Titular) DU 39637358 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.903		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABIAN SALOMON BENASULIN (Titular) DU 39637379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.904		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA MICAELA RAMIREZ (Titular) DU 39637384 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.905		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN EZEQUIEL OMICHENKO (Titular) DU 39639329 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.906		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO NAHUEL BOGADO (Titular) DU 39719340 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.907		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR GASTON GIMENEZ (Titular) DU 39719522 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.908		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESUS AGUSTIN FERNANDO FLEITAS (Titular) DU 39720357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.909		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN ROGER GNASS (Titular) DU 39720859 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.910		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL LUCAS JULIAN CUEVAS LAGRAÑA (Titular) DU 39720884 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.911		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA MARICEL CANDIA (Titular) DU 39721173 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.912		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR ALEXANDER RUIZ LENZ (Titular) DU 39724994 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.913		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA ANABEL PELOZO (Titular) DU 39750255 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.914		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIDIER LUIS MATKO CYBULKA (Titular) DU 39750513 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.915		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALEJANDRO PITRA (Titular) DU 39751823 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.916		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO ALEJANDRO PICCOLI (Titular) DU 39752149 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.917		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ANDRES COTELLESO (Titular) DU 39752330 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.918		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISEL AGOSTINA AGUSTINELLI (Titular) DU 39752426 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.919		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRECIA MACARENA HIDALGO (Titular) DU 39752634 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.920		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS MARTIN CHURLIS (Titular) DU 39775716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.921		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA EDITH MUÑOZ (Titular) DU 39776118 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.922		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA MARINA ALBERTINI (Titular) DU 39776193 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.923		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER RUBEN SANCHEZ ARROYO (Titular) DU 39776238 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.924		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIBEL LIZ VILLASANTI (Titular) DU 39776765 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.925		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA MARIANA VARGAS DE LOS SANTOS (Titular) DU 39776997 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.926		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ROXANA RAMIREZ (Titular) DU 39778301 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.927		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIEL ADELAIDA RODRIGUEZ (Titular) DU 39778582 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.928		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EMANUEL ROMERO (Titular) DU 39778632 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.929		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO ALEJANDRO MEZA (Titular) DU 39778765 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.930		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO JOAQUIN VEGA (Titular) DU 39778829 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.931		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA BELEN MAIDANA (Titular) DU 39778838 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.932		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO MARTIN GARCIA (Titular) DU 39778848 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.933		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO EZEQUIEL GOMEZ DANIEL (Titular) DU 39779556 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.934		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RONALD DANIEL GODOY LUXEN (Titular) DU 39779601 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.935		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO EZEQUIEL NAVARRO BOYERAS (Titular) DU 39779606 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.936		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUANA MELANIE GOMEZ RADULOVICH (Titular) DU 39779616 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.937		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRENE MARIANELA SENA (Titular) DU 39779654 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.938		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL EMANUEL QUINTANA (Titular) DU 39779659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.939		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL AUGUSTO GOMEZ CEDRON (Titular) DU 39779681 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.940		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN STEINBACH (Titular) DU 39779691 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.941		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANA VANESSA VERGARA (Titular) DU 39779822 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.942		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA AYELEN OJEDA (Titular) DU 39780182 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.943		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON OMAR LINO (Titular) DU 39780259 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.944		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AGUSTINA WILHJELM (Titular) DU 39815663 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.945		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO MIGUEL KRAIŃSKI (Titular) DU 39818823 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.946		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS EZEQUIEL CHACON (Titular) DU 39855062 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.947		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA GISEL BELTRAN (Titular) DU 39856768 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.948		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO NAHUEL TOURN (Titular) DU 39856878 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.949		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA GAZZOLA (Titular) DU 39856880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.950		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA MARILEN FECK (Titular) DU 39856963 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.951		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SHEILA MAILEN MAZZUCHINI (Titular) DU 39858708 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.952		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AILEN EVELIN MAZZUCHINI (Titular) DU 39858709 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.953		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BIANCA ANTONELLA FANTIN (Titular) DU 39858799 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.954		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAREN LORELEY SILVESTRI (Titular) DU 39859117 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.955		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FIORELA NAIR PETEAN (Titular) DU 39859297 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.956		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GASTON VERA (Titular) DU 39860532 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.957		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO DAMIAN MOREL VILLALBA (Titular) DU 39860574 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.958		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EZEQUIEL MARIANI (Titular) DU 39860721 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.959		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA AILEN ORTIZ (Titular) DU 39860767 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.960		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EZEQUIEL VARGAS CAPARA (Titular) DU 39860781 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.961		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ALBERTO BENITEZ (Titular) DU 39860787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.962		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MACARENA ROA (Titular) DU 39860790 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.963		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JOSE GOMEZ (Titular) DU 39860796 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.964		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARTURO FEDERICO GOMEZ (Titular) DU 39860804 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.965		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ISAAC VALLEJOS SCHULZE (Titular) DU 39860825 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.966		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER ISMAEL FRANCO RAMIREZ (Titular) DU 39860832 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.967		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA BELEN HILBERT (Titular) DU 39860853 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.968		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO EMMANUEL RECK (Titular) DU 39860866 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.969		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO JOAQUIN CACERES SORG (Titular) DU 39860869 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.970		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ITATI LUGO (Titular) DU 39860933 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.971		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ALEJANDRA RODRIGUEZ (Titular) DU 39860945 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.972		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN EMANUEL DEMETRI (Titular) DU 39860971 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.973		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CATHERINE ORIANA MARLENE CHEREY (Titular) DU 39861222 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.974		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO JOAQUIN BEDREGAL MONZON (Titular) DU 39861248 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.975		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO JAVIER ESPINDOLA (Titular) DU 39861369 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.976		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CATRIEL ANDRES VANDECAVEYE (Titular) DU 39862266 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.977		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ELIZABETH ACEVEDO (Titular) DU 39862290 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.978		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMIL ALEJANDRO MARTINEZ CAÑETE (Titular) DU 39862506 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.979		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO EMANUEL SERRA VALLEJOS (Titular) DU 39862532 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.980		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO ANTONIO BOGADO (Titular) DU 39862759 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.981		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO EXEQUIEL VALDEZ (Titular) DU 39862814 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.982		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE ZALAZAR (Titular) DU 39862890 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.983		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO EXEQUIEL MEZA (Titular) DU 39862937 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.984		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHRISTIAN DARIO BILLORDO (Titular) DU 39862945 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.985		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID ENRIQUE OMAR ACEVEDO (Titular) DU 39862948 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.986		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA IRENE TALAVERA (Titular) DU 39862976 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.987		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DESIRE AIMARA PEDOTTI (Titular) DU 39863004 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.988		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DANIEL MEZA (Titular) DU 39863060 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.989		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA ALEJANDRA JARA (Titular) DU 39863064 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.990		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILCE YANINA CUENCA (Titular) DU 39863175 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.991		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALBERTO SERAFIN GONZALES TORALES (Titular) DU 39863215 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.992		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANI NILCE GODOY (Titular) DU 39863306 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.993		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIO IGNACIO DEL ARCA (Titular) DU 39863395 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.994		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONELA STEFANIA ROMERO (Titular) DU 39863749 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.995		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO JAVIER VELAZCO (Titular) DU 39863928 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.996		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CRUZ AMARILLA (Titular) DU 39864053 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.997		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO MANUEL SHERIDAN (Titular) DU 39864064 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.998		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL GERMAN MONZON (Titular) DU 39864123 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
2.999		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS GABRIEL IBERLUCEA (Titular) DU 39864174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.000		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON NICOLAS JARA RODRIGUEZ (Titular) DU 39864426 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.001		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA BELEN BENITEZ (Titular) DU 39864451 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.002		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEX SEBASTIAN SOSA (Titular) DU 39864484 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.003		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMMANUEL CARLOS NICOLAS MAIDANA LOZANO (Titular) DU 39864487 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.004		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO AGUSTIN ESQUIVEL (Titular) DU 39864489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.005		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR AUGUSTO SCHAFFER ALIPPI (Titular) DU 39864764 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.006		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA SOLEDAD ZABALA (Titular) DU 39864959 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.007		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN ESCOBAR RIVERO (Titular) DU 39865108 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.008		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN JESUS MANCEDO (Titular) DU 39865136 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.009		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LILIAN DENISSE GONZALEZ (Titular) DU 39865146 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.010		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA FLORENCIA TORRES LOPEZ (Titular) DU 39865156 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.011		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DAVID SANDOVAL (Titular) DU 39865215 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.012		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO GABRIEL FERNANDEZ ROLON (Titular) DU 39865225 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.013		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL MAXIMILIANO ROMERO ESPINDOLA (Titular) DU 39865236 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.014		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS FRANCISCO ALBERTO GOMEZ (Titular) DU 39865269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.015		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TADEO AGUSTIN WOZNIUK (Titular) DU 39869321 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.016		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN ALFREDO MENDOZA (Titular) DU 39900765 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.017		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO ISMAEL GIMENEZ (Titular) DU 39900770 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.018		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA GONZALEZ (Titular) DU 39901150 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.019		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS MILAGROS LATERRA (Titular) DU 39901178 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.020		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO GOMEZ (Titular) DU 39901224 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.021		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO MICAELA VILLAVICENCIO (Titular) DU 39901428 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.022		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN LEONARDO ESPINOLA (Titular) DU 39901441 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.023		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANET JAQUELINE LEIVA (Titular) DU 39902497 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.024		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA VALENZUELA (Titular) DU 39938250 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.025		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA BELEN SOLIS (Titular) DU 39938319 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.026		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO ABIGAIL KESQUI MAUREL (Titular) DU 39938537 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.027		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LARA MARTEL PERALTA (Titular) DU 39938589 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.028		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRIS IRENE VAZQUEZ (Titular) DU 39939320 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.029		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAOLA NATALIA BRUNO (Titular) DU 39940072 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.030		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN EDGARDO ROTH (Titular) DU 39940947 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.031		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN DENISE VACA (Titular) DU 39941151 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.032		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO LEONEL LIMA (Titular) DU 39980007 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.033		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANI NOEMI ORTMANN (Titular) DU 39999463 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.034		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINDY KARINA DELGADO (Titular) DU 40004803 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.035		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOEL MATIAS YANOTKA (Titular) DU 40030795 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.036		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARA ITATI ARBUELO (Titular) DU 40031268 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.037		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA MACARENA GONZALEZ (Titular) DU 40031293 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.038		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA SARA GATTI (Titular) DU 40031844 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.039		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AIARA BELEN YENSEN JUNCO (Titular) DU 40031972 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.040		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ABRIL ENCINA (Titular) DU 40032386 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.041		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA EVELYN KEES (Titular) DU 40033847 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.042		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA NOELIA BONFANTI (Titular) DU 40035017 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.043		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO NICOLAS AMBROGI (Titular) DU 40035078 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.044		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTRELLA MARINE TORRES TOLEDO (Titular) DU 40035085 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.045		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA MARISOL GAUNA (Titular) DU 40035536 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.046		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AZUL MARIA MENDIONDO (Titular) DU 40047822 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.047		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA GIMENA VERA (Titular) DU 40047831 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.048		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO DANIEL RODRIGUEZ (Titular) DU 40047849 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.049		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. REINALDO ANGEL MONZON (Titular) DU 40047861 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.050		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS SEBASTIAN SOTELO (Titular) DU 40047882 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.051		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON ALEJANDRO RESOAGLI (Titular) DU 40047945 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.052		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIC LEONARDO ORTIZ (Titular) DU 40047955 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.053		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. STEFANI BELEN MELGAREJO (Titular) DU 40048001 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.054		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANTONIO ALEXIS NAHUEL BLANCO GOITIA (Titular) DU 40048091 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.055		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANIE ANALIA AGUILAR (Titular) DU 40048261 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.056		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN GABRIEL MACHUCA (Titular) DU 40048379 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.057		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ESTEBAN ARCE (Titular) DU 40048701 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.058		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SELENE LILIAN MAGALI PEREIRA (Titular) DU 40048709 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.059		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN GABRIEL GONZALEZ FERNANDEZ (Titular) DU 40049114 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.060		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO JOAQUIN ZINI (Titular) DU 40049128 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.061		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO DANIEL LUGO RAMOS (Titular) DU 40049234 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.062		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA QUIROS (Titular) DU 40049252 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.063		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TALIA LEONOR SANCHEZ (Titular) DU 40049286 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.064		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO EZEQUIEL BENITEZ (Titular) DU 40049318 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.065		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO ALEJANDRO SUDRIA (Titular) DU 40049564 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.066		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN FARID RIOS (Titular) DU 40049581 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.067		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ CLARISA AGUIRRE (Titular) DU 40049725 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.068		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ALBERTO CACERES (Titular) DU 40083038 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.069		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ORLANDO COGORNO (Titular) DU 40085477 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.070		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ROCIO ARANTZAZU AYALA (Titular) DU 40122670 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.071		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANIE GIMENA MOREL (Titular) DU 40123399 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.072		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIVIANA ROCIO PINTOS (Titular) DU 40123614 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.073		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO INES RODRIGUEZ AZCONA (Titular) DU 40123664 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.074		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXANDER YAMIL PERA (Titular) DU 40123715 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.075		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO CESAR FERNANDEZ (Titular) DU 40123753 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.076		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS RODRIGO ALVAREDO (Titular) DU 40123820 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.077		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ARIEL MATOSO (Titular) DU 40123837 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.078		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO DEMARCO (Titular) DU 40123839 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.079		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELSON DANIEL AVALOS (Titular) DU 40123847 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.080		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ALBERTO GANDUYA (Titular) DU 40124124 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.081		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO HORACIO SANCHEZ (Titular) DU 40124152 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.082		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIE GISSELLE VIGNAU (Titular) DU 40124165 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.083		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ALBERTO MAIDANA (Titular) DU 40124209 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.084		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO SANCHEZ SALINAS (Titular) DU 40124227 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.085		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO NICOLAS GAUNA (Titular) DU 40124248 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.086		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA TAMARA BAEZ (Titular) DU 40124276 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.087		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL URIEL MIRANDA (Titular) DU 40124287 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.088		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DARIO GASTON IBARRA (Titular) DU 40131866 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.089		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA SORAYA SARLI (Titular) DU 40161510 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.090		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LISANDRO MARTIN STOYKOV (Titular) DU 40171648 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.091		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVO SVETCOFF (Titular) DU 40172784 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.092		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA MARISOL GARCIA (Titular) DU 40173441 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.093		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ALEJANDRO ISKIW (Titular) DU 40175367 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.094		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ANDRES RUBIN (Titular) DU 40177992 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.095		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL GUSTAVO CEVER CARDOSO (Titular) DU 40177994 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.096		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN VICENTE (Titular) DU 40179096 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.097		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO GUADALUPE ANDRADA (Titular) DU 40179172 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.098		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONAS IGNACIO AGUIRRE (Titular) DU 40179259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.099		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN NICOLAS AVASOLO (Titular) DU 40180709 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.100		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO CASSONI (Titular) DU 40194534 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.101		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYLEN DANAHE SAMANIEGO (Titular) DU 40197173 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.102		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA ALEJANDRA GRUN (Titular) DU 40198947 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.103		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOL AILEN BAEZ (Titular) DU 40211503 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.104		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN GALLINO (Titular) DU 40212212 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.105		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAVIER ANTONIO FRIAS (Titular) DU 40212221 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.106		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIANNINA PERSOGLIA (Titular) DU 40212445 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.107		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN GABRIEL DELGADILLO (Titular) DU 40214234 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.108		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN EZEQUIEL ROMERO (Titular) DU 40214932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.109		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS HERNAN GALLARDO (Titular) DU 40215456 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.110		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES JORDAN VILLALVA (Titular) DU 40239170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.111		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARISOL CAMINOS (Titular) DU 40242209 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.112		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON HORACIO FERNANDEZ (Titular) DU 40260126 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.113		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL AGUSTIN DE JESUS GORETTA (Titular) DU 40260160 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.114		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL RAMON DOMINGUEZ (Titular) DU 40260174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.115		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELISA AYLEN VALLE (Titular) DU 40260183 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.116		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA FERNANDA LEZCANO AIRALDI (Titular) DU 40260192 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.117		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LAS MERCEDES SOSA ROEN (Titular) DU 40260241 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.118		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO DAVID BERGER (Titular) DU 40260257 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.119		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALEJANDO CORDINI ZANG (Titular) DU 40260454 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.120		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN EZEQUIEL SOTO CASTILLO (Titular) DU 40260521 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.121		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO IVAN MIÑO (Titular) DU 40260537 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.122		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN NAHUEL SOTELO (Titular) DU 40260574 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.123		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELIN FLORENCIA SANABRIA ROMERO (Titular) DU 40260616 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.124		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL RAMON SAUCEDO FALCON (Titular) DU 40260681 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.125		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DANIEL BALDOVINO (Titular) DU 40260771 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.126		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO JAVIER VILLALVA (Titular) DU 40261302 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.127		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA CABRERA (Titular) DU 40261779 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.128		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE SEBASTIAN MOREL MAIDANA (Titular) DU 40261858 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.129		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARIA GALEANO (Titular) DU 40262640 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.130		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA MARIEL GOMEZ (Titular) DU 40263305 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.131		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ANDRES BASUALDO (Titular) DU 40263431 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.132		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS GASTON DIFRANCO (Titular) DU 40263660 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.133		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BELEN LUZ NOBILE (Titular) DU 40267129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.134		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRINA RITA NAHIR URBINA (Titular) DU 40279305 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.135		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONICA ELIZABETH MIRANDA GAMARRA (Titular) DU 40279319 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.136		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIO RAMON BALBASTRO FAGES (Titular) DU 40279401 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.137		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA EVELIN ALMIRON (Titular) DU 40279448 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.138		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO MARTIN SANCHEZ MASLOVSKI (Titular) DU 40279478 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.139		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO DAMIAN ALDERETE (Titular) DU 40279479 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.140		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA ELIZABETH RODRIGUEZ (Titular) DU 40279497 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.141		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN ALBERTO VARELA CAMAÑO (Titular) DU 40279498 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.142		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA DEL CARMEN MARIA GIMENEZ (Titular) DU 40279539 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.143		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN BRIANT GODOY (Titular) DU 40279649 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.144		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMIL MAXIMILIANO LOPEZ (Titular) DU 40279685 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.145		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VANINA VICTORIA LAGUES (Titular) DU 40279699 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.146		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCO AGUSTIN LUCCIONI (Titular) DU 40279713 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.147		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA DELFINA MEZA (Titular) DU 40280258 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.148		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS GASTON LEZCANO (Titular) DU 40280765 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.149		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA BELEN OLIVAREZ (Titular) DU 40280880 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.150		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS SFORZA (Titular) DU 40280989 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.151		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DULCE MARIA BAUMANN (Titular) DU 40281205 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.152		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ISIS GENJO (Titular) DU 40281208 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.153		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO CESAR GASPAR GONZALEZ GUTIERREZ (Titular) DU 40281240 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.154		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OMAR MAXIMILIANO GALARZA (Titular) DU 40281259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.155		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTHIAN DAVID GOMEZ (Titular) DU 40281268 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.156		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NERINA MILAGROS ALFONSO (Titular) DU 40281280 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.157		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS DAVID GOMEZ RODRIGUEZ (Titular) DU 40281290 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.158		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ITATI LEIVA (Titular) DU 40281296 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.159		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO NORBERTO ARIEL ROMERO (Titular) DU 40281657 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.160		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ELIANA ALFONZO (Titular) DU 40281697 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.161		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN ANDRES FARIÑA (Titular) DU 40281747 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.162		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO CASTELO (Titular) DU 40281762 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.163		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA LUZ VILLANUEVA (Titular) DU 40281823 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.164		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA INES ACOSTA AGUIRRE (Titular) DU 40281918 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.165		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA JARA (Titular) DU 40282016 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.166		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA EUGENIA ATIENZA (Titular) DU 40282175 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.167		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LISANDRO EMANUEL DELFINO (Titular) DU 40283241 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.168		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORDANA BELEN VELAZQUEZ (Titular) DU 40283253 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.169		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN ROBERTO SALINAS (Titular) DU 40283855 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.170		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN NICOLAS ZALAZAR (Titular) DU 40283878 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.171		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AIMARA AYELEN FERNANDEZ (Titular) DU 40283879 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.172		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS AYELEN GOMEZ (Titular) DU 40283994 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.173		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA ANALIA ROMERO (Titular) DU 40283999 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.174		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DANIEL FERNANDEZ (Titular) DU 40284029 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.175		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAYRA IRUPE LARRE ANDION (Titular) DU 40284103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.176		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IANIS ALEJANDRO MANOS VIGNOLO (Titular) DU 40284115 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.177		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO DANIEL YEDRO (Titular) DU 40284173 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.178		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA DEL CARMEN MAIDANA (Titular) DU 40284450 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.179		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN LUIS FARIÑA NUÑEZ (Titular) DU 40284597 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.180		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JENNIFER BEATRIZ DOTTI (Titular) DU 40284845 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.181		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN NIELLA (Titular) DU 40285113 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.182		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO ANTONIO IRIARTE (Titular) DU 40285199 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.183		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL ROMANO LEYES (Titular) DU 40301829 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.184		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO PETER MELNIK (Titular) DU 40335417 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.185		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO JULIAN ANTUNEZ PROEZA (Titular) DU 40339039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.186		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN RODDY HENIG (Titular) DU 40339055 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.187		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEBAN JOEL MALDONADO GAUNA (Titular) DU 40350454 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.188		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA LUCILA AGUIRRE (Titular) DU 40361030 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.189		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA PAULA TORO REOLIN (Titular) DU 40361131 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.190		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO SEBASTIAN GODOY (Titular) DU 40379259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.191		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORAH LISSET ISERRE (Titular) DU 40387247 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.192		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO NAHUEL BUSTAMANTE (Titular) DU 40412755 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.193		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSA MABEL MAYOL (Titular) DU 40413322 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.194		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NICOLAS ROBLEDO (Titular) DU 40420320 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.195		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO CELESTE BARRETO (Titular) DU 40420338 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.196		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN GABRIEL CONTRERAS (Titular) DU 40420368 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.197		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN OSCAR FIRMAPAZ (Titular) DU 40420439 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.198		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MAURICIO SANCHEZ (Titular) DU 40420780 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.199		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA MARIA SOSA (Titular) DU 40421448 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.200		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAUL EZEQUIEL PAREDES (Titular) DU 40421500 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.201		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA BELEN MUNIOZGUREN (Titular) DU 40421699 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.202		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN DOMINGUEZ GONZALEZ (Titular) DU 40421862 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.203		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA BELEN RODRIGUEZ (Titular) DU 40421864 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.204		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON EXEQUIEL VERA (Titular) DU 40421865 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.205		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANIE GISELLE GODOY ZIBELMAN (Titular) DU 40421867 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.206		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ALEJANDRO AMARILLA (Titular) DU 40421878 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.207		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TIMOTEO DAVID MAIDANA FORNAZARICH (Titular) DU 40421923 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.208		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN JARAMILLO (Titular) DU 40440862 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.209		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHAILA TATIANA CATALINA VELOSO (Titular) DU 40446921 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.210		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA DANIELA GALARZA (Titular) DU 40447564 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.211		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS MARTIN VALLEJOS (Titular) DU 40447862 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.212		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO FABIAN BASSI SPANO (Titular) DU 40447889 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.213		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA DANIELA PEREZ (Titular) DU 40449053 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.214		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO PAREDES (Titular) DU 40449298 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.215		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JEREMIAS ARIEL DAROZ (Titular) DU 40449422 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.216		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO FRANCISCO ROSSI (Titular) DU 40486503 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.217		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO ARRUA (Titular) DU 40488423 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.218		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIA YAMILA ZARATE AYALA (Titular) DU 40488579 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.219		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ADRIEL QUIROGA (Titular) DU 40489102 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.220		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO EZEQUIEL TORRES (Titular) DU 40499800 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.221		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JANO ZAMIRI (Titular) DU 40499841 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.222		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO MANUEL VARGAS (Titular) DU 40500364 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.223		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL SAN CRISTOBAL (Titular) DU 40501374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.224		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LARA AILEN PEDRAZA (Titular) DU 40501667 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.225		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO RAMIREZ ARBO (Titular) DU 40501700 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.226		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ATHINA FABIANA AGUIRRE (Titular) DU 40507526 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.227		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA SOLANGE ROMERO (Titular) DU 40507564 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.228		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILSON DAVID OTAZO (Titular) DU 40507582 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.229		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS MARIA PONCE (Titular) DU 40507995 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.230		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO ARANDA (Titular) DU 40508014 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.231		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAUL MAXIMILIANO MAIDANA SCHIVALOCCHI (Titular) DU 40508117 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.232		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO LEONEL SOSA (Titular) DU 40508156 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.233		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ALLEN TORRES (Titular) DU 40508246 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.234		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIK MARTIN SPILERE (Titular) DU 40508281 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.235		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENZO LAVROVIC (Titular) DU 40508298 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.236		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO NICOLAS CANO (Titular) DU 40508352 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.237		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA PIA SANCHEZ (Titular) DU 40508356 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.238		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL LUCIANO GOMEZ VERDUN (Titular) DU 40508901 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.239		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO OSCAR FLORES (Titular) DU 40509088 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.240		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LOURDES VERNA (Titular) DU 40510009 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.241		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS AGUSTIN SOSA (Titular) DU 40510088 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.242		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS IGNACIO NAVARRO (Titular) DU 40510204 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.243		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ANTONELLA ALEGRE (Titular) DU 40510205 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.244		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAROLINA ELIZABETH GOMEZ (Titular) DU 40541426 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.245		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIA AGUSTINA OJEDA (Titular) DU 40544400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.246		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO ALEJANDRO GONZALEZ TORRES (Titular) DU 40566870 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.247		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ANAHI BLANCO (Titular) DU 40582712 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.248		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA MAGALI RIVAS (Titular) DU 40583000 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.249		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCIS FEDERICO AZNAR (Titular) DU 40583532 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.250		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA BEATRIZ PIRIS (Titular) DU 40584301 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.251		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GRISEL MAGALI TENTOR (Titular) DU 40584548 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.252		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO NICOLAS GUAZO (Titular) DU 40584958 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.253		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL RAUL VALLEJOS (Titular) DU 40586143 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.254		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RITA ALEJANDRA GONZALEZ INSFRAN (Titular) DU 40586192 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.255		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS OMAR ACUÑA (Titular) DU 40586219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.256		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELA MICAELA LOPEZ (Titular) DU 40586220 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.257		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA AGUSTINA LEGUIZA (Titular) DU 40586253 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.258		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO ALEM KUKSO (Titular) DU 40586259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.259		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA GUADALUPE MONTIEL (Titular) DU 40586265 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.260		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA MARIA ANA GONZALEZ CARNECER (Titular) DU 40586287 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.261		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHIARA AYELEN COLZERA (Titular) DU 40586289 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.262		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO ALEJANDRO LUGO (Titular) DU 40586300 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.263		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN NICOLAS BENITEZ (Titular) DU 40586305 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.264		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR RAMON VALDEZ (Titular) DU 40586308 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.265		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO MABEL ZACARIAS (Titular) DU 40586422 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.266		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRANDA BELEN ESPINDOLA (Titular) DU 40586470 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.267		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDRES NAHUEL PIRIZ (Titular) DU 40586477 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.268		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS LUIS FERNANDO RODRIGUEZ (Titular) DU 40586720 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.269		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN RAMON BERNARDO OJEDA (Titular) DU 40586725 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.270		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO ANGEL GABRIEL CRISTALDO (Titular) DU 40586827 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.271		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRINA ANTONELA ALARCON (Titular) DU 40586891 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.272		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE LUIS TURRELLA MACIEL (Titular) DU 40586894 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.273		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO LEONARDO LAFUENTE (Titular) DU 40587061 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.274		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS DE JESUS AGUIRRE BARRIOS (Titular) DU 40587094 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.275		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS BELEN PEDROZO (Titular) DU 40587535 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.276		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CONSTANZA PELUFFO (Titular) DU 40589050 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.277		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOEL MAXIMO ANDRES SEGOVIA (Titular) DU 40589060 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.278		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ROSSI (Titular) DU 40589061 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.279		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA SUSANA OLIVARI (Titular) DU 40589063 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.280		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE IGNACIO CARBALLO (Titular) DU 40589092 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.281		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MAXIMILIANO SOTELO (Titular) DU 40589157 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.282		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS GALVEZ (Titular) DU 40589165 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.283		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA HERNANDEZ (Titular) DU 40589194 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.284		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO FRIAS (Titular) DU 40589249 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.285		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS AGUSTIN RABADAN (Titular) DU 40589527 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.286		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO RAMON DIAZ BRITZ (Titular) DU 40589728 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.287		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RONALDO JOSE ALBERTO ACEVEDO (Titular) DU 40589778 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.288		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO DARIO FERNANDEZ (Titular) DU 40590118 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.289		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN BAREIRO (Titular) DU 40590536 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.290		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FEDERICO SUAREZ (Titular) DU 40590594 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.291		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO RODRIGO VANDECAVEYE (Titular) DU 40590608 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.292		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN LUIS MIÑO (Titular) DU 40590779 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.293		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA NOEMI OVIEDO (Titular) DU 40591033 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.294		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDANA VIRGINIA AGÜERO (Titular) DU 40591041 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.295		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ROMERO (Titular) DU 40591068 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.296		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JOSE ORTMAN (Titular) DU 40591099 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.297		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO NATALI PEREZ FERNANDEZ (Titular) DU 40605607 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.298		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALEJANDRO SANCHEZ RODRIGUEZ (Titular) DU 40606074 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.299		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO GABRIEL GARAY (Titular) DU 40626917 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.300		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS ALBERTO LUKESTIK (Titular) DU 40627347 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.301		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGOSTINA AYELEN DELLAGNOLO (Titular) DU 40627461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.302		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN DANIEL JEREMIAS AYALA (Titular) DU 40643216 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.303		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO MAXIMILIANO REISSING (Titular) DU 40655582 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.304		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA AYELEN MENARA (Titular) DU 40691749 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.305		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YANINA ELIZABETH GOMEZ (Titular) DU 40700738 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.306		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO RAMON VALLEJOS (Titular) DU 40700795 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.307		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO RAFAEL CHIARELLI (Titular) DU 40700803 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.308		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AVELINO DANIEL DAVID TORRES (Titular) DU 40700817 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.309		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA GISELLE ROMERO (Titular) DU 40700867 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.310		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANABEL DE LOS MILAGROS ARTISTA PIRAGINE (Titular) DU 40700965 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.311		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA ELIZABETH VALENZUELA (Titular) DU 40701050 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.312		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA GABRIEL CANTARINI (Titular) DU 40701157 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.313		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON DE LOS REYES (Titular) DU 40701238 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.314		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EXEQUIEL FEDERICO ALCARAZ YEDRO (Titular) DU 40701246 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.315		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO MARIANO BARRIOS PINTOS (Titular) DU 40701278 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.316		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ESTEFANIA ELIZABETH MARTINEZ (Titular) DU 40701284 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.317		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA EVANGELINA AQUINO (Titular) DU 40701372 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.318		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUANA AGUSTINA BOLO (Titular) DU 40701373 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.319		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO ADELAR BADE (Titular) DU 40701910 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.320		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA PAULA FAISAL (Titular) DU 40701922 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.321		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN BLANCO (Titular) DU 40701933 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.322		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO MEZA (Titular) DU 40701935 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.323		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ALEJANDRA CENTURION (Titular) DU 40702007 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.324		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PRISCILA ABIGAIL VERON (Titular) DU 40702125 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.325		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN NAHUEL ZACARIAZ (Titular) DU 40702141 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.326		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO DANIEL DOMINGUEZ (Titular) DU 40702357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.327		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL EDUARDO NANCUL (Titular) DU 40702383 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.328		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS EXEQUIEL VALLEJOS (Titular) DU 40702392 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.329		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA ANTONELLA DEFEO (Titular) DU 40702466 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.330		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA AGUSTINA ORUE MASCHERONI (Titular) DU 40702503 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.331		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUFINO JAVIER ESQUIVEL (Titular) DU 40702555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.332		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO LUBARY BRAILOVSKY (Titular) DU 40702598 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.333		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS MARIA YESA (Titular) DU 40708826 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.334		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN DEMARCHY (Titular) DU 40736330 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.335		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LARA OTAZO (Titular) DU 40736402 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.336		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO HERNAN CABRERA (Titular) DU 40736426 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.337		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOEL NICOLAS ROMERO PAYES (Titular) DU 40736463 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.338		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PRISCILA MARIA SOL MENDOZA (Titular) DU 40736493 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.339		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA NOEMI OBREGON (Titular) DU 40737158 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.340		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO RUMILIO FRANCO (Titular) DU 40738267 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.341		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO NICOLAS ORTIZ (Titular) DU 40752944 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.342		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO AGUSTIN SANCHEZ (Titular) DU 40752953 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.343		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ANTONIETA FERNANDEZ ANDRIANI (Titular) DU 40752994 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.344		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMILA LUJAN ENCINA (Titular) DU 40753015 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.345		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE NATALIA ROUSSEAU VARGAS (Titular) DU 40753088 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.346		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES ROMERO (Titular) DU 40753365 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.347		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA NOEMI RIOS (Titular) DU 40753435 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.348		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LISANDRO MANUEL BEVERAGGI (Titular) DU 40773519 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.349		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIULIANA MARANDINO (Titular) DU 40776281 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.350		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA MIREYA BATTAGLIA (Titular) DU 40776376 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.351		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO EZEQUIEL CASTILLO (Titular) DU 40781614 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.352		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA MICAELA GERTEL (Titular) DU 40791670 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.353		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA NOEMI ROMERO (Titular) DU 40800972 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.354		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL HORACIO GUELARDI (Titular) DU 40801039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.355		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIPE IGNACIO AZAMOR (Titular) DU 40801117 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.356		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO ELIAN FRANCO (Titular) DU 40801125 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.357		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO FROILAN SOTO (Titular) DU 40801178 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.358		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS EMILIANO BRAVO (Titular) DU 40803425 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.359		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATEO FRANCISCO VICENTIN (Titular) DU 40803469 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.360		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA JOSSELYN SOSA (Titular) DU 40803949 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.361		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUIDO LUIS ENCINA (Titular) DU 40804342 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.362		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARMELO NUÑEZ (Titular) DU 40804672 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.363		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL MOLINARI (Titular) DU 40807944 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.364		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO SENICEN (Titular) DU 40816846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.365		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS MICAELA RAMIREZ BUSTAMANTE (Titular) DU 40816988 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.366		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ORIANA VALLEJOS (Titular) DU 40817017 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.367		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO DANIEL ROMERO (Titular) DU 40817096 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.368		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS SEBASTIAN CAZORLA CARUSO (Titular) DU 40817103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.369		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA LAURA TOLEDO SPINA (Titular) DU 40817109 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.370		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA TATIANA CACERES (Titular) DU 40817112 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.371		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO PORCEL (Titular) DU 40817133 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.372		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO GABRIEL MEDINA COUTINHO (Titular) DU 40817189 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.373		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIA ELIZABETH PAEZ (Titular) DU 40817936 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.374		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR ALEJANDRO GOMEZ (Titular) DU 40828778 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.375		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO ANSELMO VERA (Titular) DU 40837092 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.376		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO NICOLAS POPOFF (Titular) DU 40839272 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.377		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LESLIA GIULIANA ZIMERMAN (Titular) DU 40876815 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.378		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS IVAN PARODI (Titular) DU 40876821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.379		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ANTONELLA GOMEZ (Titular) DU 40876841 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.380		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA LLANDERAL (Titular) DU 40876846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.381		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA FABIANA MARTINEZ (Titular) DU 40876863 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.382		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SELENE IBEL GOMEZ LOPEZ (Titular) DU 40877030 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.383		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIGUEL ANGEL SCHELOVER (Titular) DU 40877062 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.384		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO NAHUEL RIOS (Titular) DU 40877152 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.385		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EXEQUIEL MELGAREJO JARAS (Titular) DU 40877202 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.386		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN MANUEL NAVARRO (Titular) DU 40877237 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.387		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CRUZ VALENZUELA (Titular) DU 40884455 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.388		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA RIZZO (Titular) DU 40908508 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.389		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO NICOLAS CASTILLO (Titular) DU 40908559 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.390		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ASTRID MELINA CHIARELLI (Titular) DU 40908597 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.391		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS SEBASTIAN RODRIGUE (Titular) DU 40908693 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.392		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO DAVID BALLEJOS (Titular) DU 40908849 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.393		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR ADRIAN GONZALEZ ESPINOZA (Titular) DU 40911046 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.394		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA DIAMELA MORALES (Titular) DU 40912028 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.395		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO GERMAN SAUER (Titular) DU 40912745 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.396		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO MAXIMILIANO ETCHELOUZ GAUNA (Titular) DU 40920600 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.397		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TERESITA ITATI RAMIREZ (Titular) DU 40924238 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.398		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MALENA ZACARIAS (Titular) DU 40924249 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.399		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN EZEQUIEL VILLALBA (Titular) DU 40926235 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.400		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO JOAQUIN GONZALEZ (Titular) DU 40938532 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.401		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IÑAKI PATRICIO BESSONE (Titular) DU 40938535 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.402		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROLANDO ADRIAN RODRIGUEZ (Titular) DU 40938548 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.403		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE IGNACIO BONASSIES (Titular) DU 40938550 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.404		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGELICA IVANA SOLANGE VILLASANTTI (Titular) DU 40938688 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.405		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES LEANDRO CHAVEZ (Titular) DU 40938758 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.406		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN GONZALEZ (Titular) DU 40938851 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.407		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO RUBEN ROMAN (Titular) DU 40938867 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.408		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMIRO GABRIEL CHAMORRO MORGENSTERN (Titular) DU 40952129 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.409		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO AGUSTIN CHACON (Titular) DU 40967537 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.410		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OKSANA NADINE WENK (Titular) DU 40968871 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.411		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA MAGALI BUGLIOLO (Titular) DU 40974600 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.412		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA GONZALEZ (Titular) DU 40982112 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.413		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN SEBASTIAN CELI SEMINARIO (Titular) DU 40982139 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.414		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAFAEL BLANK (Titular) DU 40982190 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.415		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO NAHUEL ECHAVARRIA SANCHEZ (Titular) DU 40982207 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.416		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN BAZTERRICA (Titular) DU 40982208 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.417		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NOELIA SILVIA EDITH ROJAS MAIDANA (Titular) DU 40982215 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.418		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO GERMAN LARGOSTA (Titular) DU 40982252 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.419		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERMAN EDGARDO FONTORA (Titular) DU 40982260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.420		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN FABIAN DELGADO (Titular) DU 40982277 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.421		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER GABRIEL LUQUE (Titular) DU 40982315 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.422		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO WETZEL (Titular) DU 40982320 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.423		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO AGUSTIN GOMEZ (Titular) DU 40982348 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.424		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANA GISELA SANDOVAL (Titular) DU 40982441 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.425		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS EMANUEL FERNANDEZ (Titular) DU 40982445 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.426		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO JUAN ANTONIO CABALLERO (Titular) DU 40982473 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.427		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RITA VIOLETA ABRIGATO (Titular) DU 40982690 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.428		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LARISA LUZ ROMERO (Titular) DU 40982965 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.429		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEM PINTOS ROMERO (Titular) DU 40983072 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.430		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EMANUEL ALIA (Titular) DU 40983088 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.431		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO VIOTTI (Titular) DU 40987834 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.432		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA BELEN CASELLI (Titular) DU 40996190 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.433		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DANIEL CHEME GONZALEZ (Titular) DU 40996255 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.434		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO MICAELA GALARZA (Titular) DU 40996282 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.435		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES VALLEJOS (Titular) DU 40996370 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.436		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA MERCEDES SAUCEDO (Titular) DU 40996499 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.437		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADIME HID SEMHAN (Titular) DU 40996544 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.438		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO ALEJANDRO GAUNA MAYOL (Titular) DU 40996609 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.439		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO LUIS CONTRERAS (Titular) DU 40996616 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.440		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GERMAN MARTINEZ GUIRLAND (Titular) DU 40996649 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.441		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NILDA SOFIA ESQUIVEL (Titular) DU 40996979 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.442		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA EDITH ROMERO (Titular) DU 40996984 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.443		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO MARCELO NORIEGA (Titular) DU 41013154 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.444		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIX ARTURO BONNET (Titular) DU 41013358 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.445		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL ENZO ROSALES (Titular) DU 41013729 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.446		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELANIE ITATI DIAZ (Titular) DU 41015525 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.447		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE AUGUSTO MAXIMILIANO NARVAEZ SILVA (Titular) DU 41015541 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.448		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ULISES JAVIER LEDESMA (Titular) DU 41015560 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.449		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS MARCOS ANTONIO GALARZA (Titular) DU 41015576 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.450		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUSTAVO NICOLAS ZARATE (Titular) DU 41015613 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.451		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA DALIANA ESPINOSA FERNANDEZ (Titular) DU 41015617 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.452		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA MARIA GONZALEZ (Titular) DU 41015724 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.453		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYLEN ITATI DELGADO CHAMORRO (Titular) DU 41015758 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.454		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EXEQUIEL ANTONIO ESQUIVEL (Titular) DU 41015760 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.455		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO EXEQUIEL ROMERO (Titular) DU 41015785 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.456		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN SEBASTIAN FERNANDEZ (Titular) DU 41015899 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.457		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA ALEJANDRA RODRIGUEZ (Titular) DU 41016045 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.458		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTHIA VALERIA LOPEZ (Titular) DU 41016265 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.459		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL RODRIGO RUIZ LENZ (Titular) DU 41017537 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.460		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORIANA MICAELA PERALTA (Titular) DU 41021705 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.461		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO AGUSTIN MARQUILLAS PEREZ (Titular) DU 41022014 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.462		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL GUSTAVO TOMASELLA (Titular) DU 41037599 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.463		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CRUZ MUTH (Titular) DU 41037816 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.464		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA MARA SMUTZ (Titular) DU 41038301 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.465		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO IVAN MONTEJANO (Titular) DU 41038338 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.466		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ABDUL JOAQUIN HAMM (Titular) DU 41038345 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.467		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN ALEJANDRO CACERES (Titular) DU 41038350 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.468		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALBERTO FERNANDEZ SAUCEDO (Titular) DU 41038370 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.469		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO BENITEZ (Titular) DU 41038374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.470		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA INES ZALAZAR (Titular) DU 41038389 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.471		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. UISES SEBASTIAN SUAREZ (Titular) DU 41038414 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.472		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN DAVID SUAREZ (Titular) DU 41038415 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.473		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AGOSTINA CALIVA (Titular) DU 41039316 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.474		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO IVAN SOSA (Titular) DU 41039491 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.475		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS DAVID OBREGON (Titular) DU 41039716 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.476		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRINA ANTONELLA VIRGONA (Titular) DU 41040022 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.477		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO HECTOR ARIEL GOMEZ (Titular) DU 41070416 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.478		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GABRIEL GIL (Titular) DU 41070426 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.479		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO NAHUEL ESPINOZA (Titular) DU 41070445 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.480		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULINA BELEN FERNANDEZ (Titular) DU 41070607 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.481		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIELA ELIZABETH ZALAZAR (Titular) DU 41070622 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.482		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA IVANA CENTURION (Titular) DU 41070634 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.483		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO EXEQUIEL MAIDANA HORDT (Titular) DU 41070645 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.484		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN EXEQUIEL RAMIREZ RIOS (Titular) DU 41070664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.485		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA INVALIDI (Titular) DU 41070701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.486		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARLENE ILIANA ESTEPA (Titular) DU 41070712 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.487		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO VLADIMIR NIGRO CARRIERE (Titular) DU 41070727 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.488		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE NICOLAS ZAPATA (Titular) DU 41070752 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.489		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA LAURA RODRIGUEZ (Titular) DU 41070787 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.490		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN IVAN SILVA (Titular) DU 41070855 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.491		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN LUCIA MACARENA CARDOZO (Titular) DU 41081873 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.492		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NANCY LUZ ROTELA (Titular) DU 41082069 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.493		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS IVAN SCHNEIDER (Titular) DU 41082203 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.494		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO EMILIANO CABRERA (Titular) DU 41082325 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.495		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN DARIO SOSA (Titular) DU 41082839 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.496		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA NOEMI FERNANDEZ (Titular) DU 41110097 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.497		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO PINCZUK (Titular) DU 41110634 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.498		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR JAVIER ARCE (Titular) DU 41110727 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.499		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAREDO ADRIAN AGUIRRE (Titular) DU 41110902 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.500		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VIRGINIA FLORENCIA HERR (Titular) DU 41110975 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.501		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AGUSTINA CANTERO (Titular) DU 41117955 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.502		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS JUAN MANUEL CUNHA FERRE (Titular) DU 41118282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.503		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO LAUTARO MARQUEZ BURGOS (Titular) DU 41118302 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.504		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FLORENCIA ROMERO (Titular) DU 41118323 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.505		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN ALEXIS GARCIA (Titular) DU 41118337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.506		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA ANABEL GONZALEZ (Titular) DU 41118342 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.507		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN EZEQUIEL OBREGON (Titular) DU 41118383 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.508		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO NICOLAS PUJOL (Titular) DU 41118399 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.509		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ITATI DE LOS MILAGROS ESPINDOLA (Titular) DU 41118460 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.510		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO RAMIRO ROLON (Titular) DU 41127174 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.511		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO AGUSTIN SPERANZA (Titular) DU 41153944 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.512		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO GAUNA (Titular) DU 41153949 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.513		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EMMANUEL PASCUA (Titular) DU 41153975 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.514		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RUBEN DARIO AGUAYO (Titular) DU 41154870 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.515		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO NAHUEL OVIEDO SILVA (Titular) DU 41159020 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.516		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL ALEXIS MANCUELLO (Titular) DU 41159037 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.517		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA ROMERO (Titular) DU 41159040 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.518		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA VICTORIA MAIOCCHI (Titular) DU 41159113 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.519		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA BELEN FLORES (Titular) DU 41159124 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.520		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAZMIN YOLE CANTEROS LOEBARTH (Titular) DU 41159184 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.521		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLELIA RAQUEL CANTEROS LOEBARTH (Titular) DU 41159186 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.522		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO IVAN HORACIO SANCHEZ (Titular) DU 41159187 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.523		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GERMAN ACOSTA (Titular) DU 41159201 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.524		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GERMAN ACOSTA (Titular) DU 41159202 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.525		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO LAUTARO EZEQUIEL BASUALDO (Titular) DU 41159358 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.526		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EXEQUIEL FORTUNATO NUÑEZ (Titular) DU 41159389 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.527		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN JOSE BARRIOS (Titular) DU 41164079 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.528		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NAHUEL ORTIZ ROJAS (Titular) DU 41175706 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.529		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES MICAELA CABALLERO (Titular) DU 41175719 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.530		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO EXEQUIEL PELOZO (Titular) DU 41175764 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.531		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MANUEL CAJIDE (Titular) DU 41176915 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.532		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA AYELEN VEGA (Titular) DU 41177431 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.533		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO JESUS PALMIRO GALLARDO CARABETTA(Titular) DU 41187660 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.534		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO NICOLAS GONZALEZ (Titular) DU 41187672 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.535		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA GRACIELA GODOY (Titular) DU 41187674 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.536		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIL SEBASTIAN COCHERET (Titular) DU 41187795 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.537		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA EMILIA LEIVA (Titular) DU 41187801 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.538		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL EDUARDO AGUIRRE (Titular) DU 41196360 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.539		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ALEJANDRO BUSTOS (Titular) DU 41218764 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.540		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO MARCELO MARTINEZ (Titular) DU 41220377 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.541		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO MARIA DEL CARMEN HIDALGO (Titular) DU 41226073 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.542		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN EMANUEL MARTINEZ (Titular) DU 41226556 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.543		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN NICOLAS GONZALEZ (Titular) DU 41248920 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.544		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA ANTONELLA GONZALEZ CASCO (Titular) DU 41248956 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.545		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA ALDANA PAVON (Titular) DU 41248979 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.546		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO TOLEDO DOMINGUEZ (Titular) DU 41248980 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.547		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SIMON KRAEMER (Titular) DU 41249000 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.548		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA ANTONELLA GONZALEZ (Titular) DU 41249457 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.549		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA MAGALI MARFIL (Titular) DU 41250164 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.550		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN CORREA DEL VALLE (Titular) DU 41250984 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.551		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO EZEQUIEL DELGADO (Titular) DU 41261377 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.552		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES MATIJASEVIC (Titular) DU 41266674 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.553		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NALA PARVANOFF (Titular) DU 41266723 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.554		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LUCIANA GOMEZ ALARCON (Titular) DU 41270366 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.555		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN GRONDONA (Titular) DU 41273498 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.556		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA PAULA CORTES (Titular) DU 41277376 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.557		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANA MELINA VENUTTI (Titular) DU 41277401 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.558		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ANGEL GABRIEL ESCALANTE (Titular) DU 41277865 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.559		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PRISCILA MARIA LUZ DORSCH (Titular) DU 41278297 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.560		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIAS NEORELL SIGNORELLI (Titular) DU 41278659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.561		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NILSON EZEQUIEL AVALOS (Titular) DU 41278666 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.562		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN EXEQUIEL ROJAS (Titular) DU 41281039 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.563		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO EZEQUIEL BALDASSIN (Titular) DU 41281109 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.564		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AMANCAY FATIMA DE LOS MILAGROS MOREL COL(Titular) DU 41281357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.565		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIEL OMAR MONTAÑEZ (Titular) DU 41281440 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.566		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYELEN LEIVA FALCON (Titular) DU 41281526 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.567		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GASTON ALVAREZ (Titular) DU 41281549 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.568		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO IVAN ROMERO (Titular) DU 41281607 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.569		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN FERREIRA ROMERO (Titular) DU 41281608 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.570		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALBERTO MEANA (Titular) DU 41281652 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.571		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA BELEN SANCHEZ (Titular) DU 41281810 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.572		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROBERTO ANTONIO ROMERO (Titular) DU 41281824 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.573		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA CLARISA LOPEZ (Titular) DU 41281880 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.574		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO ANDRES AVALOS CAMINO (Titular) DU 41281893 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.575		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA ARIANA MADARIAGA (Titular) DU 41283560 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.576		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIMENA ELIZABETH MARTINEZ VILLENA (Titular) DU 41301324 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.577		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FARYD GERMAN RATTI (Titular) DU 41301510 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.578		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR FABIAN GONZALEZ (Titular) DU 41301740 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.579		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MARTIN CHATELET (Titular) DU 41302210 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.580		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR ELIAS YATCHESEN (Titular) DU 41303734 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.581		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ALEXIS EZEQUIEL OBELAR (Titular) DU 41304210 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.582		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIO ALCIDES INSAURRALDE (Titular) DU 41318581 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.583		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO DANIEL PINTOS (Titular) DU 41332809 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.584		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIZ DORILEM SANDOVAL (Titular) DU 41335142 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.585		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARGOT ITATI GOMEZ (Titular) DU 41335205 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.586		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA SOLEDAD FRETE (Titular) DU 41335215 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.587		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATAN EZEQUIEL AGUILAR (Titular) DU 41335267 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.588		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CECILIA RAMIREZ (Titular) DU 41335653 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.589		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIELA PUCHETA (Titular) DU 41335700 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.590		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS GASTON OJEDA (Titular) DU 41335846 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.591		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILLIAM NAHUEL YAWORSKI RAINERI (Titular) DU 41335896 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.592		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO ALEJANDRO DOS SANTOS GODOY (Titular) DU 41335909 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.593		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO ARIEL MALDONADO (Titular) DU 41337111 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.594		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS HUMACATA (Titular) DU 41339821 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.595		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. XENIA CANDELA GALARZA LEYES (Titular) DU 41354838 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.596		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO EMANUEL ZENIQUEL (Titular) DU 41354968 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.597		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN GABRIEL RODRIGUEZ (Titular) DU 41354985 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.598		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO PABLO VARGAS (Titular) DU 41355030 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.599		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO RAMON SOTELO (Titular) DU 41355077 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.600		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO GABRIEL CATTALINI (Titular) DU 41355172 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.601		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA PUPPO (Titular) DU 41355189 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.602		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO FERNANDEZ ALMENDRA (Titular) DU 41355200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.603		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RICARDO JOSE ANTONIO QUINTANA (Titular) DU 41379027 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.604		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNAN ZABALA LODOLI (Titular) DU 41379059 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.605		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS NICOLAS ZALAZAR (Titular) DU 41379260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.606		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALAN DAVID SANCHEZ (Titular) DU 41379345 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.607		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS SEBASTIAN MAIDANA (Titular) DU 41379439 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.608		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN MAXIMILIANO MELGAREJO PEREZ (Titular) DU 41379499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.609		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO FACUNDO PICIOCHI CARDOSO (Titular) DU 41379559 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.610		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLA JULIANA SANCHEZ (Titular) DU 41379646 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.611		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO JAVIER DIAZ PACCE (Titular) DU 41379658 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.612		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN MARTIN CURACK (Titular) DU 41379675 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.613		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO NAHUEL ZAMANIEGO (Titular) DU 41379681 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.614		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURO EZEQUIEL ALEJANDRO RISTOVICH (Titular) DU 41380447 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.615		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO GASTON RISTER (Titular) DU 41381346 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.616		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS ARIEL CATEURA (Titular) DU 41399362 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.617		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATACHA MICAELA FIGUERAS (Titular) DU 41407254 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.618		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO RAMON CANO (Titular) DU 41412082 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.619		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONEL EXEQUIEL DELGADO (Titular) DU 41412280 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.620		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO LUCAS LUCIANO LAFUENTE (Titular) DU 41412441 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.621		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA DANIELA VALENZUELA (Titular) DU 41412457 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.622		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL IGOR ALVAREZ (Titular) DU 41412783 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.623		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA SOLEDAD MOREYRA LANDRIEL (Titular) DU 41413187 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.624		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA DAIANA MATOS (Titular) DU 41413809 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.625		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ALEJANDRO DELSSIN (Titular) DU 41414992 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.626		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRISA CELINA GARCIA (Titular) DU 41415638 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.627		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO GABRIEL BARRIONUEVO (Titular) DU 41416252 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.628		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIA MARIA DEL CARMEN SILVA BLANCO (Titular) DU 41442024 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.629		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LUCIA MANZONI (Titular) DU 41442078 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.630		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES MARIA MERCEDES COLLI (Titular) DU 41442091 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.631		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. XENIA BETTINA ROJAS URBANEK (Titular) DU 41442244 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.632		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA GOMEZ (Titular) DU 41442304 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.633		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMON ANGEL GABRIEL JAZMIN (Titular) DU 41442408 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.634		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE MARIA ROMERO (Titular) DU 41442659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.635		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS EZEQUIEL AGRASAR (Titular) DU 41442674 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.636		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALFREDO DANIEL GARCIA (Titular) DU 41442677 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.637		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRICIA VIOLETA FALCON (Titular) DU 41442729 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.638		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ALEXIS BENITEZ VERDUN (Titular) DU 41442968 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.639		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRENE BELEN RODRIGUEZ (Titular) DU 41442981 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.640		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIULIANO VALLEJOS SANTA JULIANA (Titular) DU 41471095 se encuentra comprendido en el ACC. PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.641		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELLE ANALI FANTIN (Titular) DU 41491016 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.642		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA AILEN MIÑO (Titular) DU 41497049 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.643		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NIDIA EMELINA VILLAFANE (Titular) DU 41497274 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.644		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YOHAN MANUEL DE DIOS FERNANDEZ (Titular) DU 41497421 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.645		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO JOAQUIN LEIVA (Titular) DU 41497511 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.646		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN TOMAS HAPONIUK (Titular) DU 41497514 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.647		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA DANIELA LOPEZ (Titular) DU 41497534 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.648		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HORACIO GERMAN RISSO (Titular) DU 41497558 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.649		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO SEBASTIAN ARANDA (Titular) DU 41497570 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.650		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA CAMILA VALLEJOS (Titular) DU 41497572 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.651		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ENRIQUE MORALES (Titular) DU 41497702 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.652		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO EZEQUIEL MORALES (Titular) DU 41497729 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.653		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MONICA NATALIA GIMENEZ (Titular) DU 41497749 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.654		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN GASTON GARCIA (Titular) DU 41497751 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.655		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO FABIAN TORRES (Titular) DU 41497781 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.656		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN PABLO CORVALAN (Titular) DU 41498134 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.657		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS JOAQUIN MORAL (Titular) DU 41498144 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.658		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO JULIAN SOTO VALLEJOS (Titular) DU 41498196 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.659		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARA GISEL ROMERO (Titular) DU 41498245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.660		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ITATI MARTINEZ (Titular) DU 41498250 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.661		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA VIVIANA DOMINGUEZ (Titular) DU 41498353 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.662		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GABRIEL ZAMORA (Titular) DU 41498399 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.663		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO MANUEL FERRAGUT (Titular) DU 41498453 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.664		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL FILIPPONI (Titular) DU 41499488 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.665		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA BELEN CANEGALLO ORTIZ (Titular) DU 41500454 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.666		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA BELEN POLISZCZUK (Titular) DU 41500479 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.667		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA CAROLINA GERTEL (Titular) DU 41502293 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.668		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ZAMIRA ANALIS GONZALEZ (Titular) DU 41506631 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.669		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN ALEJANDRA AGUIRRE (Titular) DU 41506636 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.670		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER NICOLAS ESTOUP (Titular) DU 41506675 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.671		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS ALFONSO GAVILAN (Titular) DU 41507265 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.672		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA LUANA VALLEJOS (Titular) DU 41507275 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.673		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA ALFONZO (Titular) DU 41507502 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.674		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS EMILIO PAVON (Titular) DU 41507565 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.675		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA NAZARETH ESQUIVEL (Titular) DU 41507588 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.676		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN MAGALI AVALOS (Titular) DU 41507726 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.677		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOL ACOSTA (Titular) DU 41507739 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.678		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA FLORENCIA FRIAS (Titular) DU 41507751 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.679		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA LAURA GODOY (Titular) DU 41507760 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.680		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO ANTONELLA CESIANO (Titular) DU 41508229 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.681		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO CELESTE SILVA (Titular) DU 41508237 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.682		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILENA ANABEL MEZA (Titular) DU 41508390 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.683		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE MARIA LUZ OJEDA RODRIGUEZ (Titular) DU 41508420 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.684		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BETTIANA AGOSTINA GONZALEZ PORTILLO (Titular) DU 41508448 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.685		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO MARTIN AGUILAR (Titular) DU 41508493 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.686		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO GERONIMO WLADIMIR AEGERTER (Titular) DU 41510988 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.687		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN ALEJANDRO ALBORNOZ (Titular) DU 41515164 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.688		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO AGUSTIN MEDINA (Titular) DU 41516445 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.689		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JESUS FERNANDEZ (Titular) DU 41516734 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.690		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FELIPE LUCIANO MENENDEZ (Titular) DU 41516772 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.691		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CECILIA PAMELA ROLHEISER (Titular) DU 41517701 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.692		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PALOMA MARIA EMILIA ZARAGOZA (Titular) DU 41518290 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.693		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL GABRIEL ZARATE (Titular) DU 41518645 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.694		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA MICHEL PAIVA (Titular) DU 41519161 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.695		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO EXEQUIEL ROLDAN (Titular) DU 41530628 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.696		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA ANABEL SANDOVAL (Titular) DU 41542153 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.697		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO SEBASTIAN PICIOCHI (Titular) DU 41542198 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.698		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTA ITATI GABRIELA ROMERO (Titular) DU 41572595 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.699		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA AYLEN FERNANDEZ BAEZ (Titular) DU 41579170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.700		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO IVAN RODRIGUEZ (Titular) DU 41585259 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.701		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVANA ANALIA RUIZ (Titular) DU 41607294 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.702		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANALIA FERNANDA GUILLEN (Titular) DU 41607307 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.703		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS EZEQUIEL COLLAR (Titular) DU 41612231 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.704		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELYN DE LOS ANGELES PEREZ (Titular) DU 41612272 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.705		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS VEGLIA (Titular) DU 41612281 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.706		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ORLANDO EZEQUIEL MEDINA (Titular) DU 41612554 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.707		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN NAHUEL IBARRA (Titular) DU 41612604 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.708		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA YAMILA ROMERO (Titular) DU 41612629 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.709		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE DANIEL LOPEZ (Titular) DU 41612652 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.710		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO MIGUEL VALDUEZA RACHMANKO (Titular) DU 41612722 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.711		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA LUCIANA GABARONI (Titular) DU 41612727 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.712		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO MANUEL LEZCANO MENDEZ (Titular) DU 41612734 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.713		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRICIO MARCHI (Titular) DU 41612742 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.714		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN JESUS PEREZ CASTILLO (Titular) DU 41612787 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.715		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARLENE ROSARIO MARASSI (Titular) DU 41612805 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.716		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ALBERTO HOMEDES VIÑA (Titular) DU 41612872 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.717		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EXEQUIEL RAMON VALLEJOS (Titular) DU 41612927 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.718		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANA FLORENCIA RAMIREZ COCOMAROLA (Titular) DU 41612951 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.719		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA MICAELA GONZALEZ (Titular) DU 41612959 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.720		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN EDUARDO ROMERO (Titular) DU 41613054 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.721		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIANA LIS DELFINO (Titular) DU 41613060 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.722		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO PLAZAOLA (Titular) DU 41613164 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.723		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELINA GUADALUPE RAMIREZ VALLEJOS (Titular) DU 41613285 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.724		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA AYELEN MOREL (Titular) DU 41613332 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.725		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SIRIA MALEN CABRAL (Titular) DU 41613372 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.726		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIO ALEJANDRO ALFONSO (Titular) DU 41613416 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.727		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO MARTIN SANDOVAL (Titular) DU 41613646 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.728		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS JOSE PEREZ (Titular) DU 41613701 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.729		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN VICTOR CORIA (Titular) DU 41613816 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.730		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO ENRIQUE CORDOBA (Titular) DU 41613848 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.731		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LA ESPERANZA FERNANDEZ AGUILAR (Titular) DU 41613851 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.732		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN MARTINS (Titular) DU 41613858 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.733		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO DENIS (Titular) DU 41613890 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.734		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS NAHUEL TORRES (Titular) DU 41614103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.735		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA LORENA LEIS (Titular) DU 41619231 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.736		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN ORTIZ (Titular) DU 41626705 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.737		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAUL EMANUEL MONZON (Titular) DU 41626800 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.738		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICENTE GREGORIO FERNANDEZ (Titular) DU 41626851 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.739		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL HERNANDEZ DIAZ (Titular) DU 41626852 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.740		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIANO ORTIZ (Titular) DU 41626865 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.741		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ESTEBAN ROMAN (Titular) DU 41627103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.742		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO ANDRES LANDI (Titular) DU 41627128 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.743		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA PAOLA GAUTO (Titular) DU 41627144 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.744		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR DANIEL MEZA ROS (Titular) DU 41627296 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.745		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAVID EZEQUIEL SANCHEZ (Titular) DU 41627375 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.746		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN JALED ZOLOAGA (Titular) DU 41627515 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.747		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ELIANA FORCLAZ (Titular) DU 41627640 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.748		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCRECIA BELEN BILLORDO (Titular) DU 41627654 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.749		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA ELIZABETH BAEZ (Titular) DU 41627679 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.750		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS ANGEL OVIEDO (Titular) DU 41627828 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.751		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO MIGUEL DOTTI (Titular) DU 41627854 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.752		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANDREA ORIANA ORTIZ ROMERO (Titular) DU 41627855 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.753		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUADALUPE MICAELA CANTEROS (Titular) DU 41627857 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.754		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA EUGENIA MAROTTOLI (Titular) DU 41627868 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.755		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VLADIMIR EXEQUIEL PIRIZ (Titular) DU 41627869 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.756		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN GABRIEL ROMERO (Titular) DU 41627891 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.757		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO AGUSTIN LOPEZ (Titular) DU 41627898 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.758		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSEFINA ELIZABETH MORAIS (Titular) DU 41628205 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.759		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDGARDO IVAN VILLANUEVA (Titular) DU 41628324 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.760		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS GERALDINE GONZALEZ (Titular) DU 41628365 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.761		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO SEBASTIAN FALK (Titular) DU 41633269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.762		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MOIRA ANAHI PALACIO (Titular) DU 41658131 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.763		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YVONNE DANIELA GUTIERREZ (Titular) DU 41676060 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.764		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO JESUS GOMEZ (Titular) DU 41696227 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.765		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CAMILA BAGLIANI (Titular) DU 41696238 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.766		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIC FERNANDO RODRIGUEZ (Titular) DU 41696240 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.767		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO ALCARAZ ROMERO (Titular) DU 41696260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.768		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO GABRIEL ROMERO RIVAROLA (Titular) DU 41696268 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.769		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN RAFAEL VIDE LA (Titular) DU 41696270 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.770		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE EZEQUIEL AZCONA (Titular) DU 41696277 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.771		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERNAN GABRIEL ROMERO (Titular) DU 41696286 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.772		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODOLFO MAURICIO GONZALEZ (Titular) DU 41697112 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.773		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EMILIO BEDREGAL MONZON (Titular) DU 41697227 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.774		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO DAVID PRIETO (Titular) DU 41697234 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.775		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GISELA KATHERINA BENITEZ (Titular) DU 41697298 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.776		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO DANIEL SOTELO (Titular) DU 41697350 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.777		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANA ELIZABETH FLEITAS (Titular) DU 41697368 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.778		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO NAHUEL IBAÑEZ (Titular) DU 41700218 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.779		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO MARTIN ZBIKOSKI (Titular) DU 41700219 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.780		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA DEL CARMEN PEREYRA (Titular) DU 41719295 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.781		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA GUADALUPE GOMEZ (Titular) DU 41719297 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.782		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL NICOLAS SILVA (Titular) DU 41719313 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.783		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SELENE NOEMI LUGO NUÑEZ (Titular) DU 41719421 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.784		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BARBARA MANON GALLEGOS (Titular) DU 41728545 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.785		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO SANTIAGO CALIVA (Titular) DU 41728555 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.786		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERALDINE JANET RADA (Titular) DU 41728659 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.787		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA YASMIN SAUCEDO (Titular) DU 41728882 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.788		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALANIS ANAHI CUENCA (Titular) DU 41728897 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.789		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA JAQUELINE STRIGMAN (Titular) DU 41733688 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.790		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ARIEL ROMERO (Titular) DU 41733717 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.791		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN ADRIAN RAMIREZ (Titular) DU 41733721 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.792		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO JAVIER ZARATE (Titular) DU 41733839 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.793		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WENCESLAO ABEL ALDERETE (Titular) DU 41733851 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.794		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO DANIEL MONZON (Titular) DU 41744398 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.795		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN IGNACIO CARDOZO (Titular) DU 41755019 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.796		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO EZEQUIEL IBARRA (Titular) DU 41755043 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.797		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EXEQUIEL GONZALEZ (Titular) DU 41755094 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.798		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA DIANA ALMIRON (Titular) DU 41755123 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.799		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA FERNANDA CABRERA (Titular) DU 41755642 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.800		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS EMANUEL LUGO (Titular) DU 41755801 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.801		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA SOL OJEDA (Titular) DU 41755826 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.802		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANELA ITATI LINARES (Titular) DU 41755891 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.803		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANGEL MENDEZ (Titular) DU 41755912 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.804		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUILLERMO AGUSTIN ESCOBAR (Titular) DU 41759411 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.805		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS CORTES GALVIS (Titular) DU 41760088 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.806		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ YBARS GOMEZ DE LA FUENTE (Titular) DU 41760538 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.807		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS IGNACIO LARROQUETTE (Titular) DU 41760563 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.808		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOURDES ANABELLA SOTO DUARTE (Titular) DU 41775530 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.809		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON EMANUEL KRATOCHVIL (Titular) DU 41775636 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.810		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVAN ALEJANDRO BARCOT (Titular) DU 41775690 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.811		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA EVELIN AMARILLA (Titular) DU 41775722 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.812		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROCIO MARIBEL ROMERO BICHINI (Titular) DU 41775738 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.813		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA DEL MAR ALGAMIS VIRASORO (Titular) DU 41775816 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.814		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO GERONIMO PASI GRILLO (Titular) DU 41775875 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.815		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA BERENICE ARCANGELI (Titular) DU 41775876 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.816		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA SILVINA CABRERA (Titular) DU 41775898 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.817		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO AGUSTIN FERNANDEZ (Titular) DU 41775989 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.818		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO TOMAS FERNANDEZ (Titular) DU 41788559 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.819		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOL FERNANDEZ (Titular) DU 41788841 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.820		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GASTON ISMAEL GOMEZ (Titular) DU 41788998 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.821		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA AGUSTINA AVALOS (Titular) DU 41789298 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.822		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS EMANUEL ACEVEDO (Titular) DU 41789342 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.823		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN RAMON ARRIOLA (Titular) DU 41789424 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.824		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO LEONEL MONTIEL (Titular) DU 41789428 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.825		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN SEBASTIAN HERRADA (Titular) DU 41795380 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.826		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO NICOLAS CRISTALDO (Titular) DU 41807690 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.827		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS MARTIN DIAZ (Titular) DU 41807694 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.828		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA DEL MAR LEDESMA (Titular) DU 41807730 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.829		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO AUGUSTO GERBER (Titular) DU 41807754 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.830		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVELIN PAOLA CUENCA (Titular) DU 41807758 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.831		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN FRANCO JAVIER ESPINOZA (Titular) DU 41807993 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.832		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARILEN MELINA DELTIN (Titular) DU 41812272 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.833		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN MANUEL SOSA (Titular) DU 41812787 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.834		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATHIAS SEGISMUNDO BETJAN (Titular) DU 41812799 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.835		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HECTOR PEDRO GABRIEL MARQUES (Titular) DU 41814819 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.836		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ELIZABET PORCEL DE PERALTA (Titular) DU 41814925 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.837		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOL SIMONI SANTA JULIANA (Titular) DU 41824245 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.838		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE EDUARDO AVILES (Titular) DU 41829799 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.839		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MADELEIN MAIDANA SANCHEZ (Titular) DU 41840216 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.840		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO DIMARTINO (Titular) DU 41840222 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.841		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN CRUZ VERGARA (Titular) DU 41840233 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.842		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE LUIS AYALA (Titular) DU 41840260 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.843		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO LIONEL PASSARINO (Titular) DU 41840273 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.844		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA JESUS BENITEZ (Titular) DU 41840350 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.845		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIULIANA BELEN PERNAZZA (Titular) DU 41840464 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.846		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN LUCAS VALLEJOS (Titular) DU 41842244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.847		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA MARTINA ZARATE (Titular) DU 41842255 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.848		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARACELI DE LOS ANGELES ITATI PRUYAS (Titular) DU 41842294 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.849		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUNA MARIA JOSE PUYOL LOPEZ (Titular) DU 41843219 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.850		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLORENCIA ARACELI COCERES VILA (Titular) DU 41843222 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.851		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMIL CARLES BECHARA (Titular) DU 41843278 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.852		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA DENISSE ROJAS MAIDANA (Titular) DU 41843463 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.853		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIAN DE JESUS AYALA (Titular) DU 41843499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.854		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA NOEMI FERNANDEZ (Titular) DU 41843525 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.855		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JOSE TORRES (Titular) DU 41843643 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.856		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSARIO DE LOS ANGELES CARAVAJAL (Titular) DU 41843659 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.857		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PABLO TOMASELLA (Titular) DU 41843730 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.858		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JERONIMO JOSE GONZALEZ (Titular) DU 41843733 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.859		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA FAUSTINA GOMEZ (Titular) DU 41843985 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.860		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMSES ALI MENDOZA MONTENEGRO (Titular) DU 41860681 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.861		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCILA JULIETA HUBER (Titular) DU 41863518 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.862		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA EVA PRIETO (Titular) DU 41866106 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.863		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELIA ESTEFANIA DELTIN (Titular) DU 41866177 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.864		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCERO ABRIL DELUGO (Titular) DU 41888816 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.865		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN EMANUEL MOREL (Titular) DU 41892471 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.866		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA AGUSTINA WARENYCIA (Titular) DU 41900017 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.867		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLAUDIO CESAR SILKE (Titular) DU 41900981 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.868		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA BELEN ARIAS (Titular) DU 41918690 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.869		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HERBERT LEONEL CRISTALDO (Titular) DU 41939103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.870		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSCAR IGNACIO ORELLANA (Titular) DU 41943518 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.871		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. INGRID VIRGINIA DURAND (Titular) DU 41944100 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.872		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MOIRA SOLEDAD RIOS MULLER (Titular) DU 41944105 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.873		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO DANIEL MARECO (Titular) DU 41944421 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.874		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXIS NICOLAS RIVAS (Titular) DU 41945025 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.875		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA JULIETA KOHLER (Titular) DU 41945258 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.876		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN LEONARDO GONZALEZ (Titular) DU 41948104 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.877		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARMEN DANIELA CORREA (Titular) DU 41948121 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.878		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CLARA AGUSTINA MALDONADO (Titular) DU 41948144 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.879		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO FABIAN ROMERO (Titular) DU 41948148 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.880		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOL ORTIZ (Titular) DU 41948333 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.881		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE RAMON ARRIETA (Titular) DU 41948534 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.882		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO BIANCARDI (Titular) DU 41949015 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.883		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATEO ALVAREZ (Titular) DU 41949040 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.884		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ARIANA MONZON HOLZHAUSER (Titular) DU 41949307 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.885		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL IGNACIO GOMEZ RODRIGUEZ (Titular) DU 41949364 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.886		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTIN MANUEL ZACARIAS (Titular) DU 41949373 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.887		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CANDELA ESQUIVEL PEREZ (Titular) DU 41949389 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.888		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIANA ANTONELA PINTOS (Titular) DU 41949423 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.889		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA MICAELA TOLEDO (Titular) DU 41949424 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.890		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JAZMIN TRINIDAD BARBIERO (Titular) DU 41949453 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.891		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARLENE JAQUELINE SILVA (Titular) DU 41949719 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.892		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EDUARDO GABRIEL VERON (Titular) DU 41949837 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.893		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO GERARDO GOMEZ (Titular) DU 41949892 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.894		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SERGIO NICOLAS ACOSTA (Titular) DU 41949912 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.895		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS MATUSEVICH (Titular) DU 41949936 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.896		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO JOAQUIN BARBERAN (Titular) DU 41949942 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.897		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL ALAN GABRIEL LOPEZ (Titular) DU 41949943 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.898		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BENJAMIN VALENZUELA (Titular) DU 41951485 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.899		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL VALENZUELA (Titular) DU 41951486 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.900		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CELESTE BELEN PEREZ (Titular) DU 41973293 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.901		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NEREA ANAHI ANTOLINI (Titular) DU 41973539 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.902		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA AGUSTINA GARCIA (Titular) DU 41974051 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.903		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO JOSUE AQUINO (Titular) DU 41974171 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.904		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL FERNANDO GAMARRA (Titular) DU 42003547 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.905		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA RIVAS PIASENTINI (Titular) DU 42003616 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.906		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERONIMO JOAQUIN GALLO (Titular) DU 42004003 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.907		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALVARO BENJAMIN LLOPI (Titular) DU 42004018 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.908		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL FALCON RAMOS (Titular) DU 42004150 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.909		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ISMAEL SOSA (Titular) DU 42004507 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.910		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTOR EZEQUIEL MONTENEGRO (Titular) DU 42004561 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.911		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS GABRIEL GOMEZ (Titular) DU 42004618 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.912		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ARIEL MORALES (Titular) DU 42004653 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.913		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIMENA BELEN AYALA (Titular) DU 42004685 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.914		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA ITATI GONZALEZ (Titular) DU 42004956 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.915		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SEBASTIAN MILTON ARIEL BARRIOS GOYECHEA (Titular) DU 42005213 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.916		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA ELINA PALACIOS (Titular) DU 42005269 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.917		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA DEL ROCIO GONZALEZ (Titular) DU 42005293 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.918		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN AUGUSTO SANCHEZ (Titular) DU 42005452 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.919		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA BELEN GAUNA LOPEZ (Titular) DU 42005460 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.920		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL IGNACIO MARINONI (Titular) DU 42022376 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.921		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FLAVIA VANESA SUKANEN (Titular) DU 42056138 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.922		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALDO BENJAMIN LOPEZ (Titular) DU 42059505 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.923		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JAVIER SEGOVIA (Titular) DU 42059609 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.924		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN IGNACIO BENJAMIN CANTEROS MURCIA (Titular) DU 42059611 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.925		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIA FERNANDA BENITEZ LANZIERI (Titular) DU 42059658 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.926		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA VICTORIA BENITEZ LANZIERI (Titular) DU 42059659 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.927		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA MAELIN NIELLA (Titular) DU 42059669 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.928		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRUPE ANAEL ALEGRE (Titular) DU 42059680 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.929		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DANIEL LISANDRO CAÑETE (Titular) DU 42060621 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.930		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANDRA BEATRIZ RUIDIAZ (Titular) DU 42060654 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.931		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. OSVALDO EZEQUIEL ACOSTA (Titular) DU 42060679 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.932		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ALFREDO DEMARCHI (Titular) DU 42060955 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.933		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JEREMIAS JESUS GOYTIA (Titular) DU 42061377 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.934		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ MARISOL FLORES (Titular) DU 42061384 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.935		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEILA ANTONELLA LOPEZ (Titular) DU 42061454 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.936		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA AYMARA COLANERI (Titular) DU 42061487 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.937		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA CANDELARIA ROSSI (Titular) DU 42061625 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.938		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE AGUSTIN VANASCO (Titular) DU 42061761 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.939		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICHELLE JOSELINA AILEN PEREZ (Titular) DU 42061838 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.940		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN DAVID GOMEZ (Titular) DU 42061916 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.941		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN JOEL NORIEGA (Titular) DU 42061951 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.942		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA CELESTE CARRASCO (Titular) DU 42062135 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.943		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA ELIZABETH CODESAL SOSA (Titular) DU 42097046 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.944		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA LORENA DUETE (Titular) DU 42097224 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.945		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN LEONARDO ARRIETA (Titular) DU 42097258 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.946		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SAMUEL PABLO ESTEBAN SALICA ALARCON (Titular) DU 42097338 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.947		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELISA ITATI GOMEZ DOMINGUEZ (Titular) DU 42097400 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.948		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA NOEMI MORALES (Titular) DU 42097466 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.949		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIMENA MARIA CARLA MORAGUES (Titular) DU 42097836 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.950		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO NAHUEL CASTILLO LOPEZ (Titular) DU 42097852 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.951		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ORIEL AQUINO (Titular) DU 42098389 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.952		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEREN RUT ALCALA (Titular) DU 42098611 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.953		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS MAXIMILIANO BENITES (Titular) DU 42098665 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.954		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO DAVID SEIBER (Titular) DU 42098667 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.955		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN TOMAS MACIEL VIDAL RODRIGUEZ (Titular) DU 42098678 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.956		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO AGUSTIN CALERIE (Titular) DU 42098681 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.957		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO REY (Titular) DU 42098686 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.958		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN ALEJANDRO MOLINA (Titular) DU 42098696 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.959		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO GABRIEL MELGAREJO ROMA (Titular) DU 42098698 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.960		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ESTEBAN JARA (Titular) DU 42158618 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.961		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA VALERIA SOSA (Titular) DU 42169784 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.962		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS AGUSTIN MENDEZ JARA (Titular) DU 42170075 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.963		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA RUTH LEZCANO GOMEZ (Titular) DU 42170229 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.964		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KAREN IVANA PELEGRIN (Titular) DU 42170260 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.965		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA STEFANIA MIÑO (Titular) DU 42170272 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.966		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. STEVEN FELIX GUSTAVO PINTOS MORENO (Titular) DU 42170290 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.967		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIA ALDANA ALEGRE ARANDA (Titular) DU 42170362 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.968		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO ARIEL BENITEZ (Titular) DU 42170664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.969		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BELKYS MAGALI ARGANARAZ (Titular) DU 42171045 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.970		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO RAFAEL BUSTAMANTE (Titular) DU 42171780 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.971		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO FABIAN MIER (Titular) DU 42186328 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.972		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MACARENA KREMAR (Titular) DU 42189769 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.973		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROMINA AILEN BERG (Titular) DU 42190267 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.974		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYRTON ALEJANDRO RAMIREZ (Titular) DU 42190562 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.975		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AUGUSTO BUTTARO (Titular) DU 42190879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.976		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA MICHELLE FLIEGLER (Titular) DU 42190985 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.977		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS IVON CABRAL (Titular) DU 42191309 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.978		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA BELEN DOMINGUEZ GUTIERREZ (Titular) DU 42191511 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.979		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA BEATRIZ ETCHEVERRY (Titular) DU 42191960 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.980		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS GUADALUPE RAMIREZ (Titular) DU 42196360 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.981		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FIORELA NATALI DELFINO (Titular) DU 42202179 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.982		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA STRANG (Titular) DU 42202822 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.983		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LOUDES YAMIL CASCO (Titular) DU 42202855 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.984		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS AGUSTIN ESCOBAR (Titular) DU 42203002 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.985		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KARINA ESTEFANIA ALFONSO (Titular) DU 42203089 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.986		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA AGUSTINA YEDRO (Titular) DU 42203239 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.987		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARISA FLORENCIA ISABEL SINATRA (Titular) DU 42203243 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.988		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO FRANCISCO LEDESMA (Titular) DU 42203310 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.989		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALERIA SOLEDAD VELAZQUEZ (Titular) DU 42203334 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.990		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SABRINA MARILEN VALDEZ FACCINI (Titular) DU 42203388 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.991		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERARDO GABRIEL ZALAZAR (Titular) DU 42203412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.992		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA BELEN SAUCEDO (Titular) DU 42203435 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.993		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADRIANA YUDIT BATISTA (Titular) DU 42205259 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.994		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA BIANCONI (Titular) DU 42216894 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.995		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA ABRIL BENITES (Titular) DU 42216900 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.996		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO SEBASTIAN VALLEJOS (Titular) DU 42219855 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.997		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IARA NAZARENA SANDOVAL (Titular) DU 42222018 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.998		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN ROMUALDO MORALES (Titular) DU 42222030 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
3.999		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCISCO JUAN CRUZ ALFONZO (Titular) DU 42222047 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.000		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN EDUARDO IBARROLA (Titular) DU 42222130 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.001		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RITA MARIA GUADALUPE MARIN (Titular) DU 42222380 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.002		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEVIN ALEJANDRO DUETTE (Titular) DU 4222387 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.003		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. KEILA ILEANA VERON (Titular) DU 42222608 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.004		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUELA ITATI AZULA (Titular) DU 42222653 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.005		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAQUEL ROCIO RIVERO (Titular) DU 42222713 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.006		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANYELEN VICTORIA NOEMI IBARROLA (Titular) DU 42222773 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.007		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS AGUSTIN MANCUELLO (Titular) DU 42222795 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.008		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO NICOLAS MARTINEZ (Titular) DU 42223015 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.009		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN GONZALO MEDINA (Titular) DU 42223221 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.010		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IAN CARLO TABOADA MOREIRA (Titular) DU 42225368 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.011		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELIDA LOURDES SANABRIA (Titular) DU 42251782 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.012		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. REGINA GUADALUPE OBREGON (Titular) DU 42261281 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.013		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS SILVESTRE LEIVA (Titular) DU 42261282 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.014		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTINA NOEMI SOSA (Titular) DU 42261422 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.015		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA PAZ MARKEVICZ (Titular) DU 42261460 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.016		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IVANA ALEJANDRA VALLEJOS (Titular) DU 42261470 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.017		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JONATHAN EXEQUIEL DALURZO (Titular) DU 42262005 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.018		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA MELINA HERRERA (Titular) DU 42262023 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.019		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXANDER EMANUEL ARCE (Titular) DU 42262044 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.020		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EZEQUIEL LUCAS RAMON RODRIGUEZ (Titular) DU 42262056 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.021		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FABRIZIO NIHUEL GOMEZ AQUERI (Titular) DU 42262074 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.022		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA ANABELLA STOPPELLO (Titular) DU 42262092 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.023		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARTURO JULIAN MENA (Titular) DU 42262664 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.024		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAUTARO MANUEL PEREZ (Titular) DU 42263214 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.025		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO GABRIEL O'CONNOR (Titular) DU 42263277 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.026		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MALENA TACCHI (Titular) DU 42263280 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.027		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN DIONEL FALKIEVICH (Titular) DU 42263294 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.028		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA MAGALI FERRO (Titular) DU 42276740 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.029		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIOVANNA LUCIA PERINI (Titular) DU 42288115 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.030		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEX ANDRES GOMEZ ZILLI (Titular) DU 42309234 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.031		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GASTON VEGA (Titular) DU 42309591 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.032		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CONSTANZA AYELEN FRUTOS (Titular) DU 42309640 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.033		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS PUCCIARIELLO (Titular) DU 42309652 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.034		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN BAUTISTA MORA Y ARAUJO (Titular) DU 42309674 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICA	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.035		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCELO ARIEL ALMIRON (Titular) DU 42310177 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.036		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILY NICOLE SANCHEZ (Titular) DU 42314522 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.037		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN RICARDO MEDINA (Titular) DU 42316972 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.038		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS CLEMENTIN (Titular) DU 42331650 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.039		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTINA CHACON (Titular) DU 42345746 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.040		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN AGUSTIN GUDIÑO (Titular) DU 42347005 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.041		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAURICIO AGUSTIN RODRIGUEZ TORRES (Titular) DU 42347034 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.042		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NILDA LUCIA DE ZAN (Titular) DU 42347078 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.043		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BAUTISTA JOAQUIN MOREIRO (Titular) DU 42347084 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.044		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLADYS MERCEDES MONZON (Titular) DU 42347116 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.045		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARACELI ANAHI CAMINO (Titular) DU 42347119 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.046		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN OJEDA (Titular) DU 42347170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.047		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO DAVID FOURNIER (Titular) DU 42347374 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.048		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA NAHIR MONTENEGRO (Titular) DU 42347396 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.049		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN ANTONIO FLORES (Titular) DU 42347809 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.050		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAQUELIN AIMARA RODRIGUEZ (Titular) DU 42347895 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.051		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO TOMAS AGUILAR (Titular) DU 42360327 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.052		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FIDEL DE JESUS GONZALEZ (Titular) DU 42378563 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.053		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL ALEJANDRO FAGUNDEZ (Titular) DU 42381611 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.054		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. THIAGO LOVEY CASTELAN (Titular) DU 42404817 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.055		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARA BELEN RUIZ (Titular) DU 42404846 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.056		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CAMILA KARRA (Titular) DU 42406227 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.057		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE FACUNDO AMARILLA (Titular) DU 42406251 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.058		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JOAQUIN FERNANDEZ (Titular) DU 42406275 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.059		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JORGE ELIAN PARED (Titular) DU 42406405 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.060		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LAURA MICAELA ZIMMER (Titular) DU 42406451 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.061		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN NICOLAS QUERENCIO (Titular) DU 42406471 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.062		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YESICA DAHIANA GONZALEZ (Titular) DU 42406473 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.063		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA MARIA ESPERANZA ROMERO (Titular) DU 42406485 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.064		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EMMANUEL LENCINAS (Titular) DU 42406486 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.065		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARCOS EZEQUIEL FLOREZ (Titular) DU 42412713 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.066		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HIPOLITO ISMAEL CORONEL (Titular) DU 42422695 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.067		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AXEL TOMAS AGUADO (Titular) DU 42424756 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.068		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IGNACIO LUIS ANELLO HELBLING (Titular) DU 42424763 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.069		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOAQUIN EXEQUIEL GALLARDO (Titular) DU 42425200 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.070		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EVA ALEJANDRA MUÑOZ (Titular) DU 42450103 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.071		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN EXEQUIEL FERRAGUD (Titular) DU 42450105 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.072		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAHUEL AGUSTIN ACEVEDO CASERE (Titular) DU 42450133 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.073		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROSA VIVIANA GONZALEZ (Titular) DU 42450170 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.074		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MICAELA BEATRIZ PAVON (Titular) DU 42450208 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.075		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO JEREMIAS BARRIOS (Titular) DU 42450420 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.076		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO GABRIEL ROMERO (Titular) DU 42450489 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.077		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELIANA JANET BALBATE (Titular) DU 42450875 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.078		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA AYELEN RODRIGUEZ (Titular) DU 42450928 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.079		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER HERNAN NAVARRO (Titular) DU 42450965 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.080		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS ANDRES PIASENTINI (Titular) DU 42451035 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.081		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN LEIVA (Titular) DU 42451072 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.082		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIAN MARCOS VERON RAMIREZ (Titular) DU 42451215 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTICO	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.083		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA VIVIANA ALVAREZ (Titular) DU 42451326 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.084		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DAIANA AILIN FREDES (Titular) DU 42451442 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.085		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IARA ELIZABETH GONZALEZ (Titular) DU 42458007 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.086		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GABRIEL CRISTALDO (Titular) DU 42465256 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.087		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN NICOLAS BARBONA (Titular) DU 42465993 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.088		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIELA AILLEN FERNANDEZ (Titular) DU 42480396 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.089		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS MAURICIO FRESCHI (Titular) DU 42484547 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.090		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FEDERICO ADRIAN RETAMOZO (Titular) DU 42484872 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.091		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ILSE GIMENA MUÑOZ (Titular) DU 42484873 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.092		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ANTONIO LARA (Titular) DU 42485614 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.093		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NICOLAS GUIDO BIDERMAN FEDRIZZI (Titular) DU 42487600 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.094		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRISA TRINIDAD CUMBETO (Titular) DU 42490679 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.095		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NATALIA AYELEN GAUNA (Titular) DU 42514355 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.096		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MILAGROS ANAHI GAONA (Titular) DU 42526763 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.097		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRA BELEN AYALA (Titular) DU 42527640 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.098		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VALENTINA RUTTER (Titular) DU 42537887 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.099		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS LOPEZ SOTO (Titular) DU 42577108 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.100		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN COUTINHO (Titular) DU 42577337 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.101		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOSE NICOLAS POZZER (Titular) DU 42579253 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.102		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DE LOS ANGELES OJEDA (Titular) DU 42579983 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.103		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. IRIS IVANA ESQUIVEL GOMEZ (Titular) DU 42598636 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.104		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO AUGUSTO FAURE (Titular) DU 42600027 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.105		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRUNO EZEQUIEL LOPEZ (Titular) DU 42602524 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.106		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENZO AGUSTIN RAMIREZ (Titular) DU 42602916 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.107		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS EZEQUIEL LEZCANO (Titular) DU 42602999 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.108		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ERIKA DAIANA OJEDA (Titular) DU 42603055 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.109		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUZ MILAGROS ALMIRON GONZALEZ (Titular) DU 42603079 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.110		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MARIANA PEREZ (Titular) DU 42603112 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.111		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA CELINA CORONEL (Titular) DU 42603135 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.112		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO RAMIREZ VEGLIA (Titular) DU 42603147 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.113		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VICTORIA ISABEL VILLALBA (Titular) DU 42603219 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.114		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL DARIO GONZALEZ (Titular) DU 42603278 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.115		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GUADALUPE AYELEN ROMERO FERNANDEZ (Titular) DU 42603326 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.116		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO DE LA CRUZ ROMERO (Titular) DU 42603460 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.117		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA VERENICE VARGAS (Titular) DU 42603794 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.118		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMANUEL AUGUSTO LOTERO (Titular) DU 42604021 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.119		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA SOL MALDONADO (Titular) DU 42633879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.120		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALICIA ALEJANDRA MOTTER (Titular) DU 42634316 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.121		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EUGENIA ELIZABETH MOTTER (Titular) DU 42634317 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.122		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRIAN NICOLAS BOBADILLA (Titular) DU 42634531 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.123		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO NICOLAS BENITEZ (Titular) DU 42636356 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.124		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FERNANDO SEBASTIAN BARRIOS GOMEZ (Titular) DU 42716644 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.125		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANA AGUSTINA MEZA (Titular) DU 42728105 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.126		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GONZALO RUBEN LIBRAMENTO DE LOS SANTOS (Titular) DU 42734014 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.127		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIANO ISMAEL URBINA (Titular) DU 42734057 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.128		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. YAMIL AGUSTIN YUNES (Titular) DU 42734081 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.129		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CONSTANZA ANAHI GIMENEZ (Titular) DU 42734098 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.130		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCIANO ANDRES GEREZ (Titular) DU 42734167 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.131		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONARDO EZEQUIEL QUAGLIOZZI (Titular) DU 42734191 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.132		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLA AGOSTINA PANIAGUA (Titular) DU 42734275 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.133		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WANDA LUDMILA AYELEN LEZCANO (Titular) DU 42734287 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.134		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRAIAN SAMUEL BENITEZ (Titular) DU 42734294 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.135		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN LEANDRO DIAZ (Titular) DU 42734520 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.136		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ELIZABET ROMERO (Titular) DU 42735764 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.137		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AYRTON EMANUEL COCERES (Titular) DU 42735792 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.138		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAMELA YAQUELIN GOMEZ (Titular) DU 42735983 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.139		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS JESUS CHECENELLI (Titular) DU 42736380 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.140		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NELSON ABEL RODRIGUEZ (Titular) DU 42736458 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.141		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA PAULA HIDALGO (Titular) DU 42736470 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.142		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FRANCO GERARDO BOSCH (Titular) DU 42736484 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.143		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TOMAS DANIEL CORREA REY (Titular) DU 42737445 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.144		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEONEL ALEJANDRO PEREZ (Titular) DU 42737499 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.145		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ELIAS ASCUA (Titular) DU 42738112 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.146		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARTIN IRANZO (Titular) DU 42739412 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.147		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS ANDRES MEDINA (Titular) DU 42740303 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.148		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LEANDRO SEBASTIAN AGUIRRE (Titular) DU 42740468 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.149		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ARMANDO MAXIMILIANO OJEDA (Titular) DU 42740696 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.150		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FACUNDO EMANUEL SIMONIT (Titular) DU 42741002 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.151		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ANA DE LOS ANGELES ROMERO (Titular) DU 42741003 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.152		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PAULA MATILDE GIMENEZ (Titular) DU 42742932 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.153		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MATIAS SEBASTIAN GONZALEZ ESQUIVEL (Titular) DU 42743121 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.154		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAITENA LUANA CENTURION (Titular) DU 42743191 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.155		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JULIETA MAILLEN CARRASCO (Titular) DU 42745506 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.156		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAGALI AYELEN BULACIO (Titular) DU 42745574 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.157		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DULCE ELIZABETH LORINCZ (Titular) DU 42747538 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.158		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUGO ROBERTO CUENCA (Titular) DU 42762545 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.159		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAXIMILIANO EZEQUIEL ACUÑA (Titular) DU 42763357 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.160		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMILIA AIME PEDRAZA CHAMORRO (Titular) DU 42789503 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.161		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SOFIA ANABELLA ERLES ALONSO (Titular) DU 42789625 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.162		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR GABRIEL GALLARDO (Titular) DU 42790244 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.163		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JESSICA ALEXA ZACARIAS (Titular) DU 42791325 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.164		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FIAMA CAMILA FORTUNATO (Titular) DU 42791431 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.165		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MAIRA BELEN RIQUEL (Titular) DU 42983173 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.166		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GIOVANNI DEPIAGGIO (Titular) DU 43108427 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.167		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCILA AZUCENA RUIDIAZ (Titular) DU 43205411 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.168		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GABRIEL GUSTAVO CONTRERA (Titular) DU 43205879 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.169		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. EMIR ARIEL GARCIA (Titular) DU 43333263 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.170		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUANA MICAELA LOPEZ (Titular) DU 44089766 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.171		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA DEL ROSARIO RIU ALARCON (Titular) DU 44466284 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.172		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MELINA ADALIA GIMENEZ (Titular) DU 44983305 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.173		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SANTIAGO NICOLAS OLIVOS BATTESTIN (Titular) DU 46073510 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.174		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. AGUSTIN EZEQUIEL VENDLER (Titular) DU 46245098 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.175		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELAM MISAEEL CANO ROJAS (Titular) DU 47249092 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.176		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MIRTA AGUIRRI (Titular) DU 49200022 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.177		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ENSO ADRIAN PORTELA TORRES (Titular) DU 93006482 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.178		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JOANA SOLANGE MERELES ROMERO (Titular) DU 93102965 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.179		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICK ALEXANDER FRIEDMANN (Titular) DU 93773263 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.180		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO DJAVAN FERRARI ACEVAL (Titular) DU 93790097 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.181		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. FATIMA CONCEPCION PEREIRA BENITEZ (Titular) DU 93921559 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.182		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PATRICIA BELEN PEREIRA BENITEZ (Titular) DU 93921560 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.183		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARISA BEATRIZ SOSA BAEZ (Titular) DU 93990723 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.184		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. JUAN RAFAEL SANCHEZ LEYES (Titular) DU 94155913 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.185		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ANIBAL VALLEJOS GONZALEZ (Titular) DU 94241585 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.186		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTIAN ANDRES AVEZON MARDONES (Titular) DU 94286303 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.187		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DIEGO FRANCISCO INSFRAN DOMINGUEZ (Titular) DU 94326768 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.188		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. BRENDA LUCERITO GODOY JIMENEZ (Titular) DU 94334644 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.189		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CESAR ARIEL OLMEDO GAUTO (Titular) DU 94345133 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.190		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GLORIA RAQUEL BRULL VALENZUELA (Titular) DU 94345155 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.191		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LORENA ALEJANDRA PAREDES GAVILAN (Titular) DU 94348298 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.192		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SILVIA ELIZABETH OZUNA (Titular) DU 94354853 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.193		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RAMONA ZULEMA GONZALEZ DIAZ (Titular) DU 94358523 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.194		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ELVIO SAUL FRETES FIGUEREDO (Titular) DU 94543230 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.195		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SONIA ROSSANA RIVERO GAMARRA (Titular) DU 94544924 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.196		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ROLANDO LEONEL BENITEZ ALONSO (Titular) DU 94628594 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALES CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.197		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. SARA ISABEL TORRES MONTAÑEZ (Titular) DU 94764891 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.198		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DEBORA TAMARA BARRETO SALINAS (Titular) DU 94765180 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.199		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LINO HUMBERTO RECALDE RODAS (Titular) DU 94857758 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.200		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ADAN SEGOVIA SANCHEZ (Titular) DU 94859456 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.201		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LIDIA MARIA ISABEL OCAMPO SILVA (Titular) DU 94859605 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.




Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión :

CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.202		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NADYA ISABEL PAEZ GHIRINGHELLI (Titular) DU 94867932 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.203		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUCAS DANIEL VAZQUEZ GAMARRA (Titular) DU 94894613 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.204		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS DANIEL CABAÑAS ORTIZ (Titular) DU 94928725 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.205		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. GERALDINE MARITE VALLEJOS GOMEZ (Titular) DU 94957745 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.206		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHRISTIAN MANUEL TORRES SALINAS (Titular) DU 94966630 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.207		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RODRIGO ANDRES RIVAS ENCINA (Titular) DU 94966737 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.208		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MANUEL ALEJANDRO BARCELO NOGUERA (Titular) DU 94996954 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.209		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALMENDRA VIVIANA ROJAS NUÑEZ (Titular) DU 95092931 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.210		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CHARLY FRANCOIS SERGE MARC BLAVIER (Titular) DU 95094556 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.211		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIO ALBERTO ROMERO MORINIGO (Titular) DU 95203684 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.212		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. VERONICA ELIANE FARIÑA PERALTA (Titular) DU 95208217 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.213		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CARLOS MARTIN ENCINA JIMENEZ (Titular) DU 95247349 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.214		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEJANDRO GABRIEL IBARRA CACERES (Titular) DU 95272925 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.215		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. HUMBERTO JAVIER ARCE FRUTOS (Titular) DU 95276003 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.216		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LUIS ALBERTO NUÑEZ (Titular) DU 95290429 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.217		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WILSON CHERIDENT (Titular) DU 95295315 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.218		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. ALEXANDRE DOWNAR (Titular) DU 95304363 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.219		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MABEL DANIELA LONDOÑO HENAO (Titular) DU 95369344 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.220		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CRISTINA URSULA DELGADO BAEL (Titular) DU 95373461 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.221		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TAMARA NICOL CORONEL ENCISO (Titular) DU 95374526 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.222		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. TANIA MONSERRAT MARECOS VARGAS (Titular) DU 95435813 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.223		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. PEDRO DANIEL JARA BAEZ (Titular) DU 95438692 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.224		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LETICIA ANDREA ROJAS LOPEZ (Titular) DU 95522876 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.225		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. CINTIA ANDREA RECALDE GONZALEZ (Titular) DU 95529066 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.226		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. LANDE NICOLAS SAMSON (Titular) DU 95552036 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.227		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NESTOR DANIEL CRISTALDO OJEDA (Titular) DU 95581334 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.228		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. MARIA BELEN FERNANDEZ JIMENEZ (Titular) DU 95601096 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.229		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. RONALDO IVAN MONGES RAMOA (Titular) DU 95638959 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.230		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NAIDELYN YADHIRA CRISTALDO OJEDA (Titular) DU 95692805 se encuentra comprendida en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.231		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. NERY RUBEN DARIO ACUÑA HUEL (Titular) DU 95741118 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.232		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. DERLIS RONALDO ARIEL ACUÑA HUEL (Titular) DU 95741477 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.: 65
	Importe de la franquicia:	\$100,00	
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.: 65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.


Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.

CERTIFICADO NRO.		CAJA DE SEGUROS S. A.	POLIZA NRO.
4.233		SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA COLECTIVA	5180-9850700-01

Conste que D. WALTER DAVID CARVALLO OCAMPO (Titular) DU 95800606 se encuentra comprendido en el ACC.PERSONALES COLECTIVO contratado por la entidad FAC DE CS. EXACTAS Y NATUR. Y AGRIM DL 0000383 con domicilio en AV LIBERTAD 5470 con vigencia inicial 01-06-2018

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Si el fallecimiento del asegurado ocurriese durante la vigencia de este seguro, el respectivo capital se abonará a :

Los consignados en la solicitud de seguro. En el caso que no hubiere designado beneficiarios, los herederos. Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.

COBERTURAS Y CAPITALS CONTRATADOS

MUERTE ACCIDENTAL	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	70
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO - FARMACEUTI	Capital Asegurado:	\$6.000,00	Edad Finalización Cob.:	65
	Importe de la franquicia:	\$100,00		
INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDE	Capital Asegurado:	\$30.000,00	Edad Finalización Cob.:	65

COMUNICACION AL ASEGURADO

El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Se tendrá por válida a la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha asignado a los herederos, de acuerdo al art. 145 de la Ley 17.418.

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.



Jorge Mignone
Gerente General

Lugar y fecha de emisión : CORRIENTES 26 Junio de 2018

El presente Certificado está destinado al Asegurado como constancia de su incorporación al Seguro y perderá su valor desde la fecha que el Asegurado deje de estar comprendido en el Seguro. Se deja constancia que independientemente de la fecha indicada como fecha de vigencia del presente certificado, el asegurado cuenta con las coberturas detalladas siempre que el Tomador efectúe el respectivo descuento y pago de primas.